



**New Brunswick
Health Council**

Engage. Evaluate. Inform. Recommend.

Our Health. Our Perspectives. Our Solutions.

**RESULTS OF OUR FIRST ENGAGEMENT INITIATIVE
WITH NEW BRUNSWICK CITIZENS**

OCTOBER 2010



For more information:

New Brunswick Health Council

Pavillon J.-Raymond-Frenette
100 des Aboiteaux Street, Suite 2200
Moncton, New Brunswick
E1A 7R1

Telephone: 506.869.6870

Fax: 506.869.6282

Toll-Free: 1.877.225.2521

www.nbhc.ca

How to cite this document:

New Brunswick Health Council, *Our Health. Our Perspectives. Our Solutions.* Results of Our First Engagement Initiative with New Brunswick Citizens - October 2010.

Cette publication est disponible en français sous le titre :

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Notre Santé. Nos Perspectives. Nos Solutions.* Résultats de notre première initiative d'engagement des citoyennes et des citoyens du Nouveau-Brunswick - octobre 2010.

This report was prepared by:

ascentum

for the New Brunswick Health Council

TABLE OF CONTENTS



	Page
Executive Summary	V
1.0 Introduction	1
1.1 <i>Our Health. Our Perspectives. Our Solutions.</i>	2
2.0 Methodology	5
2.1 Phase I Objectives	6
2.2 Phase II Objectives	7
2.3 Phase III Objectives	8
2.4 An Emphasis on Dialogue	9
2.5 Participant Recruitment	10
3.0 Profile of Participants	11
4.0 Phase I: Perspectives	15
4.1 General Perspectives	15
4.2 Values	20
4.3 Issues	26
4.4 Strengths and Opportunities	31
5.0 Phase II: Solutions	33
5.1 "Image-ining" a Citizen-Centered Health System	33
5.2 Where and by Whom Health Care, Services and Supports Should Be Delivered	35
5.3 What the Health System Should Be Doing More of and Less of	38
5.4 Encouraging Healthier Choices and Behaviours	43
6.0 Phase III: Common Ground	49
6.1 Primary Care Priorities	50
6.2 Acute/Supportive Care Priorities	58
6.3 System-Wide Priorities	65
6.4 Health Care Sustainability and Funding Models	66

	Page
7.0 Moving Forward: Citizen Engagement	67
7.1 Issues for Citizen Engagement	67
7.2 How and by Whom Citizens Should Be Engaged	68
7.3 Conditions for Meaningful Citizen Engagement	68
8.0 Conclusion	71
Appendices	
APPENDIX A: Stakeholder Recruitment Target per Session	73
APPENDIX B: Agenda at a Glance by Phase	75
APPENDIX C: Profile of Participants	83
APPENDIX D: NBHC Quality Dimensions	91
APPENDIX E: Phase III Participant Worksheets	93
APPENDIX F: Evaluation Summary	97
APPENDIX G: List of Figures, Tables and Images	103

EXECUTIVE SUMMARY



Our Health. Our Perspectives. Our Solutions. was the first large-scale citizen engagement initiative undertaken by the New Brunswick Health Council (NBHC). Its purpose was to help the NBHC develop recommendations to health system partners on what citizens believe is required to achieve a citizen-centered health system. This three-phase process was designed to involve New Brunswick citizens and health stakeholders in a dialogue on what people value most with regard to the provincial health system, how the system can be strengthened and what can be done to improve provincial health outcomes.

- **Phase I** focused on exploring the perspectives and concerns of citizens with respect to the current state of New Brunswick's health system with a view to identifying what they see as the system's greatest strengths and most important challenges.
- **Phase II** looked to the future to envision the kind of health care system New Brunswickers want to have and to identify possible solutions to the challenges identified in Phase I.
- **Phase III** allowed participants to identify shared priorities and elements of a common vision to inform and guide decision and policy-making.

In total, 479 qualified participants confirmed their participation in the Phase I dialogues, and 310 ultimately attended. Of these, 223 returned to participate in Phase II, and roughly half of this number (111) took part in the third and final phase.

This report presents an overview of the engagement methodology adopted for this initiative, a profile of participants and a summary of "what participants said" during the three phases of the process. The views contained herein reflect those of the participants and are not the NBHC official recommendations to the health system partner.

Please note: All Phase I findings were later validated by Phase II participants, while Phase II findings were later validated by Phase III participants.

Key Findings

Participants in the three phases of this initiative provided rich feedback to the New Brunswick Health Council. While a great variety of perspectives were provided, the degree of consistency in participants' comments across dialogue sites and across Phases I, II and III highlights a powerful province-wide consensus on a number of key elements which together lay the foundation for a common vision for health care in New Brunswick:

- A firm belief in the importance of addressing barriers relating to distance, language, socio-economic status and cost to ensure equitable access to health care services province-wide.
- Strong endorsement of community health centres, clinics, home-based care (i.e., Extra-Mural Program), Tele-Care and tele-health as strategies for bringing health care closer to citizens and for ensuring that hospitals remain focused on their primary purpose: acute and supportive care, including emergency services.
- A call for a fundamental paradigm shift towards wellness, health promotion, health literacy and illness prevention ("health care" versus "sick care") with a particular focus on reducing the incidence of chronic diseases and fostering a "culture of health" early on in childhood.
- The belief that more must be done to optimize the roles and responsibilities of health care professionals in order to ensure that all available health human resources are used to their full capacity within the framework of the province's public health system.
- Recognition that the rising costs of health care must be better communicated to citizens and reined in through improved systems and processes, promotion and prevention, more creative use of available public infrastructure and reducing the cost of drugs.
- A strong sentiment that health care is a valued public good in which citizens and communities alike have a high stake.
- Strong support for strategies that encourage and empower citizens to take responsibility for their own health.
- Deep appreciation for the commitment and generosity of the people who make the health system work – front-line health care workers.

The following pages provide additional details on participants' perspectives and conclusions throughout the three phases of this process.

Phase I: Values

Participants were tasked with articulating what they would value most in an "ideal" health system. Their work led to the identification of five core values:

- ensuring the accessibility of health care services
- providing equitable care and services for all
- investing in education (health literacy), health promotion and illness prevention
- focusing on quality (effectiveness, efficiency, accountability and safety)
- making the health system truly centered on the needs of citizens.

When asked to validate these core values (through keypad voting), 90% either "strongly agreed" or "agreed" that these values taken together accurately reflect what they would expect from an "ideal" health system.

Key Finding:

A firm belief in the importance of addressing barriers relating to distance, language, socio-economic status and cost to ensure equitable access to health care services province-wide.

Participants were then asked to vote for which of these five core values would be *most important* to them as citizens of New Brunswick. Accessibility was selected by 29% of participants, while health promotion and illness prevention was chosen by 28%; equity ranked third (20%) but was considered by many as a value which is complementary and closely intertwined with the notion of accessibility.

Phase I: Issues

Participants identified what they saw as the priority issues that should be addressed in order to create the kind of health system they want for New Brunswick. Their concerns were grouped in the following broad categories:

- accessibility of health care services
- cost/funding of the health care system
- promotion of health and prevention of illness
- optimization of health care services
- systemic changes required for a citizen-centered system.

During the validation exercise, 91% of participants either "strongly agreed" or "agreed" that these issues taken together reflect the key challenges faced by New Brunswick's health system. Participants were then asked which categories of issues they felt the New Brunswick health system needed to focus on first. Consistent with what they valued most, they prioritized addressing the lack of promotion of health/prevention of illness (32%) and increasing the accessibility of health care services (27%).

Phase I: Strengths and Opportunities

Participants were keen to recognize and celebrate New Brunswick's strengths and successes, enthusiastically noting that the system's biggest strength was the *"people who make the system work."* They also strongly valued the province's Medicare program (and universal access to health care) as well as several state-of-the-art services such as the Extra-Mural Program and Tele-Care. They also highlighted what they saw as key opportunities to drive change and improvements to the New Brunswick health system: the province's (and health system's) small size as a source of nimbleness; citizen and stakeholder commitment to change; and increased focus on and investment in health promotion and illness prevention to reduce the burden on the health system.

Key Finding:

Strong endorsement of community health centres, clinics, home-based care (i.e., Extra-Mural Program), Tele-Care and tele-health as strategies for bringing health care closer to citizens and for ensuring that hospitals remain focused on their primary purpose: acute and supportive care, including emergency services.

When later asked to validate whether these strengths and opportunities taken together reflected the best aspects of New Brunswick's health system, 91% either "strongly agreed" or "agreed" that they did.

Phase II: Where Health Care, Services and Supports Should Be Delivered

Participants underscored the fact that the answer to this question is in large measure dictated by the patient's needs. For example, they felt that elder care should be delivered at home if possible or in a nursing home if specialized care or supports are required. They believed that hospital emergency departments should be available and accessible to treat emergencies. They suggested creating specialized clinics to support chronic disease management outside of a hospital setting.

In more general terms, participants suggested that the following guiding principles help determine where health services and supports should be delivered: deliver services locally, as close to home as possible or at home, when possible; make greater use of community health centres staffed by effectively integrated multidisciplinary teams and providing a range of services that include education/health promotion and preventive care; maintain the primary role of hospitals as providers of acute care, supportive care and emergency services; make greater use of clinics and community pharmacies to offer services that do not need to be delivered in a hospital setting and/or to increase the availability of services in rural areas; and offer services where people live, work and study (e.g., use available space in schools to deliver services locally).

In the follow-up validation exercise, 98% of participants either "strongly agreed" or "agreed" that these ideas taken together accurately reflect *where* health care, services and supports should be delivered.

Phase II: By Whom Health Care, Services and Supports Should Be Delivered

Participants expect to receive the health services and supports they need from health care workers that are competent; properly educated, trained and qualified; available and accessible; and able to communicate with them in the official language of their choice (particularly in the case of first responders, such as paramedics and nurses). They also expect to be cared for by health professionals who have the time to dedicate and listen to their patients.

Key Finding:

A call for a fundamental paradigm shift towards wellness, health promotion, health literacy and illness prevention ("health care" versus "sick care") with a particular focus on reducing the incidence of chronic diseases and fostering a "culture of health" early on in childhood.

Moreover, participants felt that teamwork and collaboration among health care workers are critical and must be encouraged and adequately supported. Nurses and other allied health professionals (e.g., pharmacists, paramedics, nutritionists, dietitians) should be given more responsibility and decision-making power in order to alleviate the demands placed on physicians. Mental health and holistic/alternative health practitioners should be made an integral part of the health system. Finally, greater use should be made of volunteers and community organizations, particularly in the realm of health promotion/illness prevention.

Participants also saw a great need for greater access to professionals and resources that could help patients navigate the health system more effectively (e.g., care maps, health system navigators). They valued services that allow people to better care for themselves or their loved ones at home but stressed the importance of providing adequate supports to family caregivers. They noted that the media have an important role to play in raising awareness about health (e.g., chronic disease prevention) and health system issues (e.g., costs) and stressed that each New Brunswicker also has to assume responsibility for his or her own health.

Again, 98% of participants either "strongly agreed" or "agreed" that these ideas taken together accurately reflect *by whom* health care, services and supports should be delivered.

Phase II: What the Health System Should Be Doing More of

Participants thought that more ought to be done to improve access to health care, particularly with respect to facilitating access to specialists (e.g., without referrals); allowing physicians to spend more time with patients; ensuring a more equitable distribution of clinics and health care professionals across the province; providing greater access to holistic or alternative care (e.g., chiropractors and naturopaths); and providing more facilities and resources to care for the province's aging population.

Participants also felt that greater investment should be made in health promotion and illness prevention, including education on the prevention and management of chronic diseases; creating a "culture of health" early in childhood (particularly through the education system); creating more community-based initiatives to encourage the population to be active (e.g., green spaces, cycling paths, community gardens); implementing more deterrents (e.g., taxes, regulations) to making unhealthy choices (e.g., smoking, junk food); and doing more to encourage people to take responsibility for their own health, (e.g. "health status report card" for each citizen).

Participants believed that making greater use of information technology (e.g., *One Patient, One Record*; tele-health; videoconferencing) is key to reducing costs and increasing efficiency, as is consulting with and learning from the experiences of front-line workers.

Key Finding:

The belief that more must be done to optimize the roles and responsibilities of health care professionals in order to ensure that all available health human resources are used to their full capacity within the framework of the province's public health system.

Participants identified a number of specific services they felt ought to be strengthened, including obstetrical/maternal/women's health services and mental health services. They also felt that greater investment in home care supports and the province's network of community health centres would be key to making the health system more "citizen-centered." Finally, participants stressed the importance of supporting the role of communities and local decision-making in health and of paying attention to the needs of the most vulnerable and disenfranchised citizens (e.g., the poor, the homeless).

When later asked to validate these findings, 96% of participants either "strongly agreed" or "agreed" that these ideas taken together accurately reflect what the health system should be doing *more* of.

Phase II: What the Health System Should Be Doing Less of

While participants had fewer suggestions to make on this topic, they nonetheless offered three clear messages: fewer barriers to care, less costly drugs and less bureaucratic and political interference.

Reducing barriers to access includes not only addressing wait times but also eliminating some of the "red tape" in the health system (e.g., clerical work required of nurses, bureaucratic hurdles to accessing specialized or alternative care) and accommodating factors such as language and distance/inability to travel so that they are not barriers to access.

Reining in the cost of the health system was also identified as a priority, for example, by addressing waste and inefficiencies in health care delivery and making greater use of available facilities and infrastructures (e.g., schools). Participants also felt that the cost of drugs should be addressed (e.g., by limiting the influence of pharmaceutical companies) and that it was imperative to ensure that costs (e.g., of drugs, services) do not prevent people from receiving necessary care and treatments.

Finally, participants called for less bureaucratic and political interference with health care delivery and decision-making, stating that "we need to take the politics out of health care." They argued for less political interference and influence in decisions about the health care system; fewer costly studies and reforms; and greater collaboration across government departments.

Key Finding:

Recognition that the rising costs of health care must be better communicated to citizens and reined in through improved systems and processes, promotion and prevention, more creative use of available public infrastructure and reducing the cost of drugs.

In the validation phase, 87% of participants either "strongly agreed" or "agreed" that these ideas taken together reflect what the health system should be doing *less* of.

Phase II: Encouraging Healthier Choices and Behaviours

Participants identified a variety of incentives and supports that could be put in place to encourage New Brunswickers to adopt healthier behaviours. Their suggestions focused largely on measures that would promote exercising regularly (e.g., community-based programs and infrastructure) and healthy eating (e.g., subsidizing locally grown, organic produce; community gardens or kitchens). They also sought measures that would create safe and health-conscious communities (e.g., safe home and work environments and reduction of environmental pollution) and actively promote healthy lifestyles (e.g., more physical education and nutrition classes in school, school or community-based healthy eating classes).

Key Finding:

A strong sentiment that health care is a valued public good in which citizens and communities alike have a high stake.

They also valued supports that would help people practise self-care, take responsibility for their own health and stay informed (e.g., addiction counselling services; regular access to a doctor; mental health supports; rewards for being/staying healthy).

Finally, they argued in favour of measures that would help lessen the use/consumption of harmful substances, for example, higher taxes on unhealthy substances to discourage use (e.g., of tobacco, alcohol, energy drinks) and more needle exchange programs, methadone clinics, etc.

When asked to validate these findings, 97% of participants either "strongly agreed" or "agreed" that these ideas taken together accurately reflect the kinds of *incentives* and *supports* required to encourage healthy choices and behaviours by New Brunswickers.

Phase III: Priority Setting

In the third and final phase of this process, participants were challenged to undertake the difficult task of setting priorities among the numerous ideas and suggestions they developed during Phase I and Phase II. To provide a framework in this regard, the most salient and frequently occurring ideas were grouped thematically as a series of possible areas for action in two broad categories – Primary Care and Acute/Supportive Care – and presented to participants for their consideration and priority setting.

It is important to note that some of the ideas put forth by participants fell outside of Primary Care and Acute/Supportive Care; however, for the purpose of this exercise, all ideas were grouped in one or the other category based on wherever they fit best.

Making community health centres (CHCs) and clinics the centrepiece of primary care emerged as a clear primary care priority, reflecting participants' strong belief in the benefits of this model, including more equitable access to care, more flexibility in the range and mode of delivery of services, efficiency gains and cost savings, more individualized and personalized care, and closer ties to the community.

Key Finding:

Strong support for strategies that encourage and empower citizens to take responsibility for their own health.

Prevention and promotion were also recurring themes throughout this process and a clear primary-care priority. Participants fervently argued that a shift in this direction was required if New Brunswickers were to rein in health care costs and stem the tide of chronic illnesses. As one participant stated, "We must change the system from 'sick care' to 'health care.'" Participants also reiterated that

incenting individuals to take greater responsibility for their own health was a critical underpinning of long-term population health and health system sustainability.

Optimizing the roles and responsibilities of health professionals was also seen as critical to ensuring that patients receive *"the right care, at the right time, in the right place, by the right health care professional."* Participants felt that making better use of available traditional *and* alternative or holistic health professionals (i.e., allowing nurses, paramedics, pharmacists, mental health professionals, midwives, naturopaths, chiropractors and others to play a greater role within the health care system, funded by Medicare) would give patients more choices and easier access to care as well as help to alleviate the burden on the health system in general and on physicians in particular.

With respect to acute/supportive care, participants prioritized strengthening supports for home-based care, followed by integrating the mental health and physical health systems, augmenting our capacity for care for the province's aging population and developing chronic disease prevention and management strategies or programs.

Key Finding:

Deep appreciation for the commitment and generosity of the people who make the health system work – front-line health care workers.

Citizen Engagement

Participants were asked to reflect on their experience over the course of this process and to consider what "citizen engagement" meant to them now. They were then asked to think about:

- the issues or decisions they would expect citizens to have a say in when it comes to health and health care in New Brunswick
- how and by whom they would expect to be engaged.

Participants felt that citizens should be consulted on current or emerging issues that may affect citizens directly; the cost and funding of the health system; major infrastructure decisions; and programs and services.

Participants expressed a clear desire to see the New Brunswick Health Council continue to deliver on its mandate of citizen engagement, but they felt that the Government of New Brunswick must also engage citizens on issues that affect them.

Participants offered a variety of suggestions on *how* and *by whom* citizens should be engaged: through the creation of citizen committees; online; in person; by working with community partners; through public opinion research; and through referenda on strategic issues during elections.

Participants also outlined the following conditions for meaningful citizen engagement: engagement should not be limited to validating decisions that have already been made; citizens should be consulted regularly and regionally; "citizen" engagement needs to include communities, as

communities are closest to citizens and are key partners in the delivery of health and social services; meaningful engagement requires informed participation, that is, not only providing citizens with an opportunity to provide input but also ensuring they are equipped to do so in a meaningful way; and citizen engagement should be open and transparent.

Finally, while participants greatly valued citizen engagement, they also cautioned that citizen engagement decisions needed to include a cost-benefit analysis to ensure resources are used as judiciously and effectively as possible.

Conclusion

Participants saw health and health care as a shared responsibility. They were ready to assume responsibility for their own health but expected health system partners to work together and *"take the politics out of health care."* As one participant stated during the final dialogue in Fredericton, *"As Health Minister of the day, I would call a meeting with the Departments of Education, Public Safety and Health [in order to collaborate on] proposed initiatives. [...] The Department of Health cannot and should not do it alone. We must bring the money forward to kick off these initiatives. We need accountability from all departments and we will save in the long run. [...] Let's push the bar a little further."*

The participants' message was clear and simple: citizens, communities and health system partners all have a role to play in ensuring the best possible health outcomes for New Brunswickers.

***The New Brunswick Health Council wishes to thank all participants for
their time and energy, for the depth of their commitment and for the
thoughtfulness of their contribution.***

1. INTRODUCTION



Created during the 2008 health reform as an independent and objective organization, the New Brunswick Health Council (NBHC) is mandated to measure, monitor and evaluate population health and health service delivery in the province of New Brunswick. This involves an obligation to provide regular and accurate updates on the province's state of health and on the health care system's performance and to formulate recommendations to the Minister of Health. The creation of the NBHC was also driven by the recognition that citizens are the health care system's most important stakeholders. As such, the organization was also mandated to make citizen engagement a core part of its work with a view to engaging New Brunswickers in a meaningful dialogue for the purpose of improving health services in the province.

Figure 1: Mandate of the New Brunswick Health Council

New Brunswickers have the right to be aware of the decisions being made, to be part of the decision-making process and to be aware of the outcomes delivered by the health system and its cost. The NBHC will foster transparency, engagement and accountability by:

- **Engaging citizens in a meaningful dialogue**
- **Measuring, monitoring and evaluating population health and health service quality**
- **Informing citizens on the health system's performance**
- **Recommending improvements to health system partners.**

A citizen-centered philosophy and approach

Citizen engagement is a way for people to have a say in how public policy is shaped. This requires that citizens be well-informed about issues and that they be provided with meaningful opportunities to share their views. It also requires that governments be open and attentive to the voices of citizens.

For the NBHC, this means reporting to New Brunswickers on the performance of the health system and seeking their informed input on the policies that guide the health system and affect the health of the province's population.

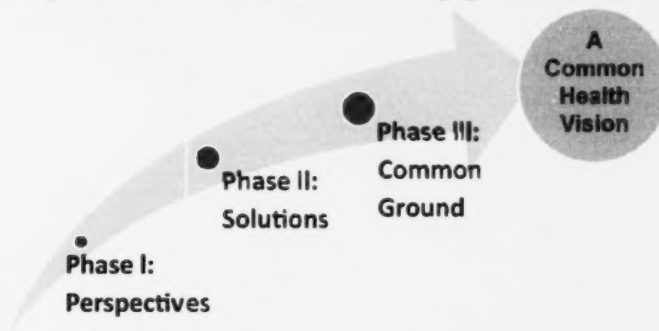
1.1 Our Health. Our Perspectives. Our Solutions.

In 2008, the Government of New Brunswick published the Provincial Health Plan 2008-2012, in which it clearly expressed the view that the province's health system needed to become a "citizen-centered health system," that is to say:

"A system that meets the needs and preferences of individuals and communities, rather than expecting people to adapt to what the system has to offer."¹

Our Health. Our Perspectives. Our Solutions. was the NBHC's first large-scale citizen engagement initiative, and its purpose was to help the NBHC develop recommendations to health system partners on what citizens believe is required to achieve this vision of a citizen-centered health system. It was a three-phase process designed to involve New Brunswick citizens and health stakeholders in a dialogue on what people value most with regards to the provincial health system, how the system can be strengthened and what can be done to improve provincial health outcomes.

Figure 2: A Three-Phase Citizen-Engagement Initiative



- **Phase I** focused on exploring the perspectives and concerns of citizens with respect to the current state of New Brunswick's health system with a view to identifying what they see as the system's greatest strengths and most important challenges.
- **Phase II** looked to the future to envision the kind of health care system New Brunswickers want to have and to identify possible solutions to the challenges identified in Phase I.
- **Phase III** allowed participants to identify shared priorities and elements of a common vision to inform and guide decision and policy-making.

The NBHC recognizes that citizens want to have a presence at the decision-making table in order to influence policy outcomes and believes they have much to contribute to the creation of viable

¹ New Brunswick Government, *Transforming New Brunswick's Health-care System: The Provincial Health Plan 2008-2012*, April 2008, p.10.

solutions. The outcomes of this process will therefore help the NBHC develop recommendations to government and other health system partners.

This report presents an overview of the engagement methodology adopted for this initiative, a profile of participants and a summary of “what participants said” during the three phases of the process. The views contained herein reflect those of the participants and are not the NBHC official recommendations to the health system partner.



2. METHODOLOGY

The NBHC's three-phase approach brought together a mix of citizens and stakeholders and was designed with a view to providing them with an opportunity to engage in an "iterative" learning and dialogue process: inviting the same individuals to attend multiple dialogue sessions meant that participants could deepen their understanding of the issues as they progressed, reflect on and integrate what they heard between phases and thus offer richer and more informed perspectives throughout the dialogues.

Four dialogue sites were selected for Phase I and Phase II, in each of New Brunswick's four corners: Moncton, Bathurst, Edmundston and Saint John. These locations were selected to ensure that any New Brunswicker could attend an event without having to travel more than 200 kilometres.

At the outset, a target of 125 participants was set for each of the Phase I dialogues; half of these participants were to be randomly recruited² citizens, while the other half was to be comprised of stakeholders who work in, or have an influence on, various components of the health system. These include representatives of various community and public interest groups, health and wellness managers, academics, health professionals, provincial government representatives and municipal officials (*a breakdown of stakeholder recruitment targets is provided in **Appendix A***).

During Phase II, each of these groups was to reconvene in the same locations for another day of dialogue to continue their work together. Phase III was to consist of a provincial dialogue held in Fredericton, which would bring together a total of 200 participants drawn from each of the four locations.

Despite efforts invested in the recruitment phase, the initial goal of 125 participants per Phase I dialogue (for a total of 500 participants) was not met. Securing this number of participants in each dialogue location proved to be a challenge, despite over 38,000 phone calls made to potential participants by the recruitment firm.

In total, 479 qualified participants confirmed their participation in the Phase I dialogues, and 310 ultimately attended. Of these, 223 returned to participate in Phase II, and roughly half of this number (111) took part in the third and final phase.

The recruitment challenge was compounded by the participant attrition rate (the percentage of confirmed participants who ended up not attending the event). This was particularly true in Phase I where, on average, one-third of confirmed citizen participants did not present at the event. On the

² Random recruitment of participants was led by a third-party firm, *Bristol Omnifacts*.

other hand, the attrition rate among confirmed stakeholder participants was significantly lower, averaging approximately 3%.

While the citizen attrition rate in Phase I may appear high, this is not uncommon for citizen engagement initiatives. In this case, it can likely be attributed to a combination of factors:

- the NBHC is still a relatively new organization
- there were no honoraria (or other incentives) provided to participants
- while weekend sessions are more accessible to those who work, there is always a risk that people make a last-minute decision to simply choose to spend their Saturday doing something else.

The most effective strategy for countering this type of attrition is to over-recruit, that is, to confirm a greater number of qualified participants than is actually required (by as much as 25% to 30%) – a strategy which was unsuccessfully attempted in this case.

However, as outlined in **Figure 3**, the proportionally high rate of citizen attrition in Phase I diminished significantly in Phase II and Phase III to match the stakeholder attrition rate – a testament to citizen participants' commitment to the process once they fully embarked on this journey.

Figure 3: Participant Attrition Rates

Category	Phase I	Phase II	Phase III
Citizens	32%	11%	3%
Stakeholders	3%	10%	3%

The agenda for the day was designed by Ascentum, Inc. in collaboration with the NBHC, and included a mix of learning sessions, facilitated small-group work, sharing of perspectives in plenary and keypad voting.³ Table facilitators were assigned to each table and were responsible for facilitating the table conversation, for note-taking and for ensuring that citizens and stakeholders alike had an opportunity to express their views.⁴

2.1 Phase I Objectives

The purpose of this first set of dialogues was to engage New Brunswickers in an informed conversation on the state of the province's population health and health services. In order to prepare for this event, a **Participant Conversation Guide** was prepared by the NBHC and distributed to participants. It provided an overview of the initiative, explained the objectives of Phase I and provided detailed background information on the New Brunswick health system. Participants were invited to contribute to Phase I in three ways.

³ **Keypad voting is an interactive technology that allows participants to select their preferred response to a multiple-choice question projected on the screen and then instantaneously produces a graph to illustrate how the group's responses were distributed.**

⁴ **Table facilitators were trained and recruited by Ascentum, Inc. for each event.**

- **Learn about New Brunswick's population health and health system:** the NBHC gave two information presentations. The first provided a brief overview of the province's health sector and the cost of health care services in New Brunswick. The second described the other factors that work together to foster a healthy population and outlined how New Brunswick has been performing compared to other jurisdictions in Canada. Participants were also asked to share (through keypad voting) their perspectives on a number of general questions pertaining to health and health care in New Brunswick.
- **Share their thoughts on what they value most in the province's health system:** from their personal experience and what they see in their communities, participants were asked to state what they valued most in an "ideal" health system. In a later exercise, they were also asked to identify what they saw as the key strengths of the New Brunswick health system.
- **Identify the issues they feel require most urgent attention:** knowing that there are not infinite resources to address the province's health challenges, participants were asked to identify what they saw as priority issues within the New Brunswick health system.

Each Phase I dialogue was held on a Saturday from 9:30 a.m. to 4:00 p.m. (sessions were held in Moncton, Bathurst, Edmundston and Saint John). Participants were assigned to a table upon arrival based on language and perspective: tables worked in either French or English, and, where possible, each table brought together a balanced mix of citizens and stakeholders. Simultaneous interpretation was available at all sites for the plenary presentations and discussions.

*Additional information on the Phase I agenda, dates and venues is available in **Appendix B**.*

2.2 Phase II Objectives

All Phase I participants were invited to return to the same location (Moncton, Bathurst, Edmundston or Saint John) to attend one of the four Phase II dialogues. Again, these were day-long sessions held from 9:30 a.m. to 4:00 p.m. on Saturdays and comprised of a mix of plenary discussion and facilitated small-group work.

The Phase II dialogues were designed with two objectives in mind:

- **Validate and prioritize** Phase I findings, i.e., the key themes that emerged at the provincial level with respect to what citizens valued most in an "ideal" health system, the priority issues they felt must be addressed and the key strengths of the health system.
- Seek input on key ways in which the **health system** and individual **citizens** can help foster a healthier population in New Brunswick.

The **Phase II Conversation Guide** provided participants with a detailed summary of Phase I findings along with additional information on the health system in response to specific questions raised by Phase I participants.

Keypad voting was used to validate and prioritize Phase I findings, and a variety of small-group exercises were developed to allow participants to explore three focus questions:

- What are the qualities or characteristics of a "citizen-centered" health system?
- How can the *health system* help citizens and their families be healthier?
- What can *citizens* do to help themselves and their families be healthier?

*Additional information on the Phase II agenda, dates and venues is available in **Appendix B**.*

2.3 Phase III Objectives

The third and final phase of this initiative was a single day-long session (9:30 a.m. – 4:00 p.m.) held in Fredericton. A total of 111 participants were in attendance, all of whom had previously participated in Phase I and Phase II.

Phase III objectives were to:

- **review and validate** Phase II findings (i.e., where and from whom citizens wish to receive their health care services and supports; what the health system should do more of and less of)
- **link** ideas generated in Phase I and Phase II to the various sectors of the health care system
- **prioritize** potential areas for action (based on Phase I and Phase II findings) with a view to meeting the needs and expectations of New Brunswickers and ensuring health system sustainability over the long term.

To stimulate the dialogue process, Phase III participants received a summary of Phase II findings along with a copy of the New Brunswick Provincial Health Plan 2008-2012. Highlights from the Provincial Health Plan were presented during the opening session, to help inform and contextualize subsequent discussions on priorities. Keypad voting was also used to validate Phase II findings.

While the first two phases were more *generative* in nature – focused on sharing perspectives and generating ideas – Phase III was meant to be more *deliberative*. Deliberative processes are designed to allow participants to consider various options; to weigh their respective benefits, drawbacks and tradeoffs; and to make what are often difficult choices among the options based on both their personal values and their rational appreciation of the issues at hand.

To this end, the most salient and frequently mentioned ideas collected throughout Phase I and Phase II were grouped thematically and presented to participants as a list of 18 possible areas for action to strengthen New Brunswick's health system and make it a more citizen-centered system.

Half of these related to primary care, while the other half related to acute/supportive care.⁵ Through a combination of individual reflection, small-group work, keypad voting and dot-voting, participants were asked to imagine they were Health Minister for a day and identify which of these areas for action they would prioritize moving forward. Two decision criteria were specified to help guide this process:

- making choices that meet the needs and expectations of New Brunswickers (as articulated throughout Phase I and Phase II of this process)
- making choices that help ensure the long-term sustainability of the New Brunswick health system.

*Additional information on the Phase III agenda, dates and venues is available in **Appendix B**.*

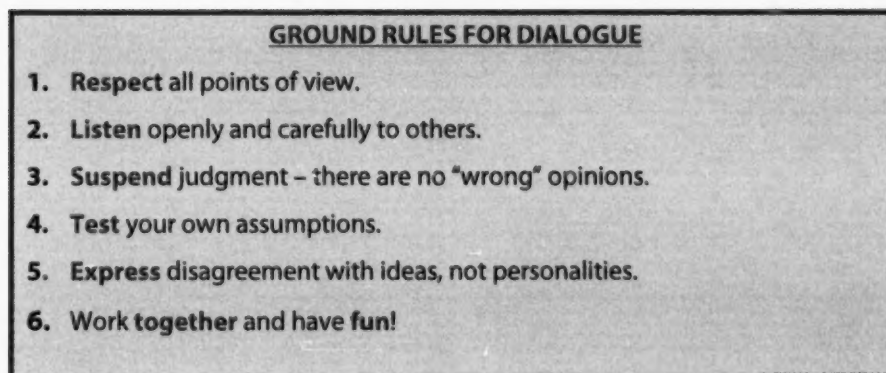
2.4 An Emphasis on Dialogue

The NBHC placed a great deal of importance on the notion of dialogue throughout this process. Participants were reminded that the goal in a dialogue is to work together to explore and understand different points of view. Rather than creating a “winner” and a “loser,” dialogue focuses on building common ground.

As such, participants were frequently reminded that there were no “right” and “wrong” answers – only individual experiences and points of view, each of which carry equal weight and legitimacy in the eyes of the NBHC.

In support of this, the “Ground Rules for Dialogue” (see **Figure 4**) were highlighted at the beginning of the day and prominently displayed at the centre of every table.

Figure 4: Ground Rules for Dialogue



⁵ It is important to note that some of the ideas put forth by participants fell outside of Primary Care and Acute/Supportive Care; however, for the purpose of this exercise, all ideas were grouped in one or the other category based on wherever they fit best.

In addition, if participants wished to raise issues that were clearly off topic, or if they wished to obtain responses to specific questions, they could at any time write down their comment or question on a post-it note and place it in the **"Parking Lot."** These "parking lot" items were collected at each session, and included in the data analysis. Furthermore, participants could also provide their name and table number to allow for an NBHC team member to follow up with them during the day and/or provide their phone number or e-mail address for follow-up after the event.

2.5 Participant Recruitment

As previously noted, **citizen participants** for each of the dialogue sessions were randomly recruited by a third-party public opinion research firm. Recruitment criteria were designed to construct a sample reflecting the diversity of New Brunswick's population in terms of key demographic characteristics: age, gender, language, education, employment status, family situation and income. Potential participants were contacted by telephone and screened according to these criteria. If they met the recruitment criteria *and* were ready to commit to participating in the Phase I and Phase II dialogues in their area, they were contacted again during the week prior to the Phase I event to reconfirm their participation.

The recruitment of **stakeholder participants** was led by the NBHC with assistance from *Bristol Omnifacts*. *A breakdown of stakeholder categories and recruitment targets is provided in Appendix A.*

Recruitment efforts were supported by an NBHC media campaign, which included the distribution of a press release, advertising in local newspapers and radio stations, and interviews in response to media requests. No honoraria were provided to participants; however, those citizens for whom financial concerns proved to be a barrier to participation were offered financial reimbursements from the NBHC. In addition, every effort was made to accommodate the needs of persons living with disabilities and those facing special circumstances.

Although the Phase I and Phase II dialogues were held in the "four corners" of the province, all New Brunswickers had an equal chance of being randomly selected to participate at the session they considered most convenient to attend.

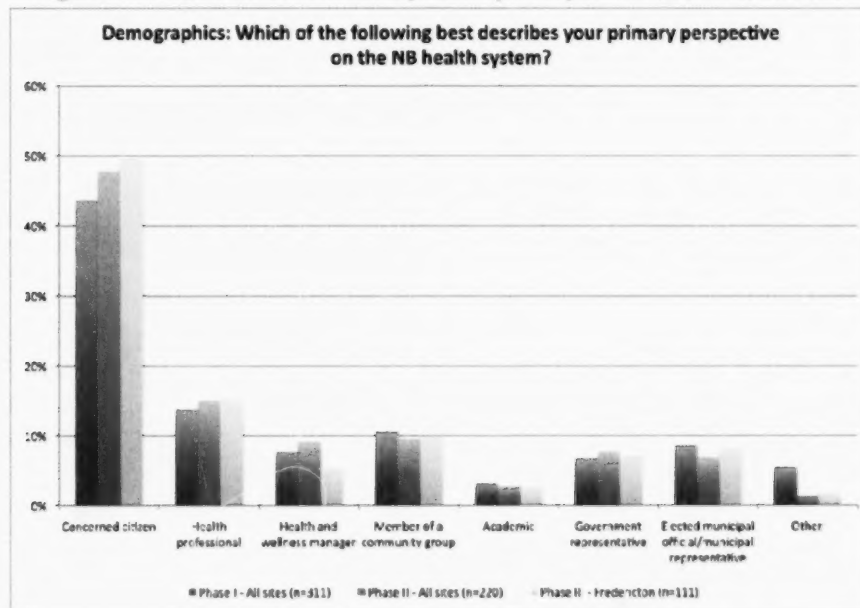
3. PROFILE OF PARTICIPANTS



As previously mentioned, a total of 479 qualified participants confirmed their participation in the Phase I dialogues, and 310 ultimately attended. Of these, 223 returned to participate in Phase II, and roughly half of this number (111) took part in the third and final phase (*for the complete profile of participants, see Appendix C*).

The final mix of participants at each dialogue, and across dialogues, did ultimately reflect the desired balance of citizen and stakeholder perspectives, with the average proportion of citizens climbing from 44% in Phase I to 50% in Phase II.⁶ The mix and profile of stakeholders was also fairly stable across the three phases (see **Figure 5**).

Figure 5: Distribution of Participants by Perspective (Self-Identified)



⁶ The demographic profile presented in this chapter is based on keypad voting results and therefore illustrates how participants self-identified in response to each question. It should also be noted that sample size varied between questions depending on whether participants opted to respond.

As illustrated by the charts that follow, participation was also diverse in terms of age, gender and language – somewhat reflective of the provincial profile.

- The 45-54, 55-64 and 65-74 age groups were over-represented, while the younger and older age groups were under-represented – something that was brought to participants' attention at every session to encourage them to think not only of their own needs and experiences but also of the needs and experiences of those not in the room.
- The male-female balance was skewed towards females (close to 60% female).
- Approximately one-third (35%) of participants self-identified as Francophones and half (50%) as Anglophones. The remaining 15% of participants indicated that they spoke both French and English at home.

Figure 6: Distribution of Participants by Age

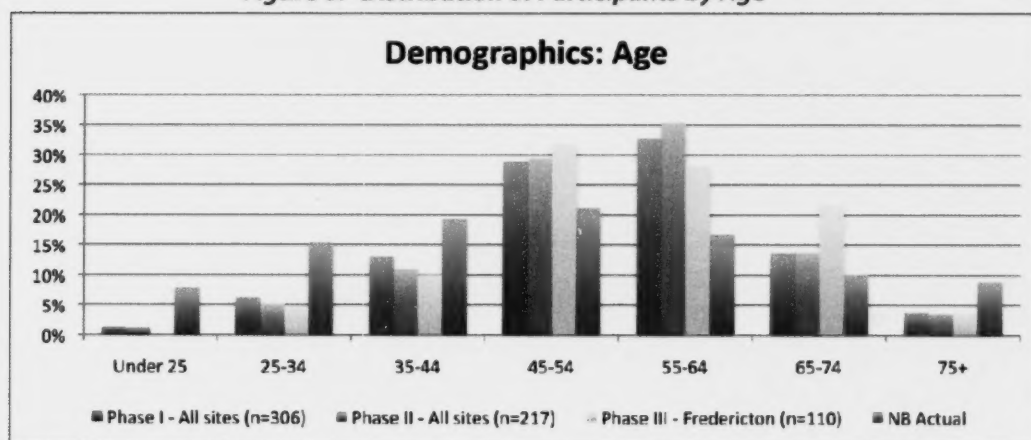


Figure 7: Distribution of Participants by Gender

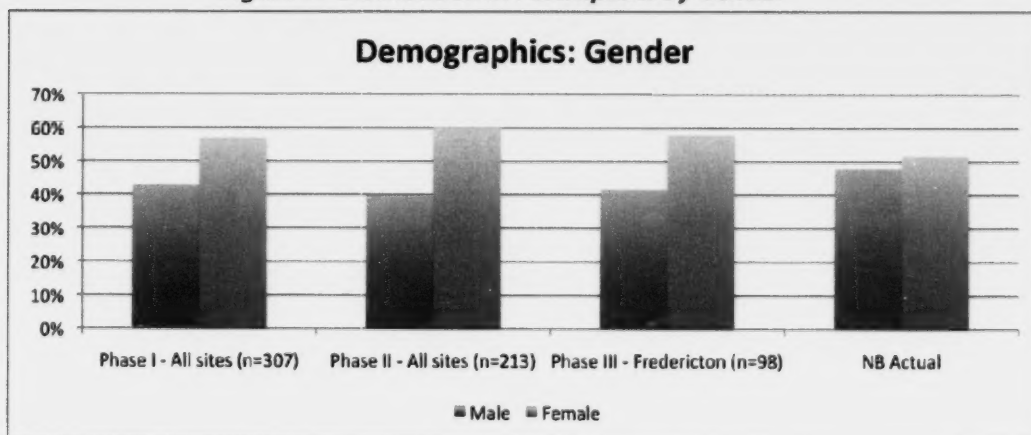
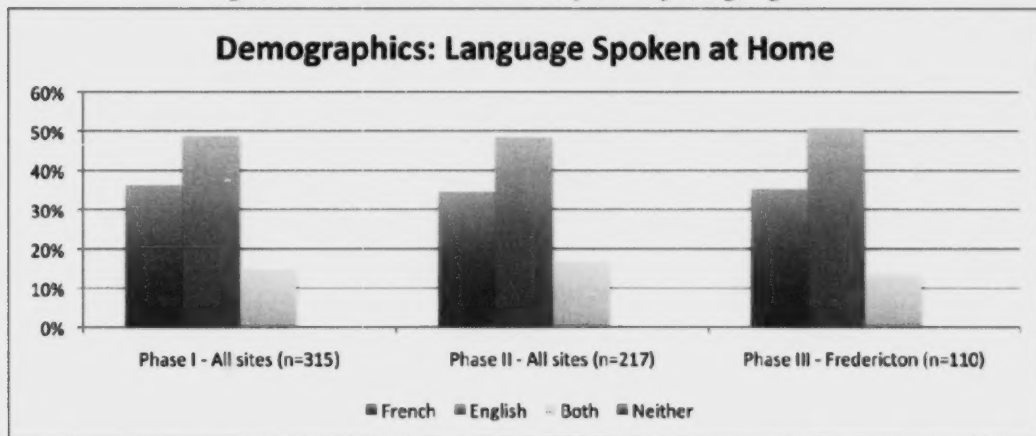
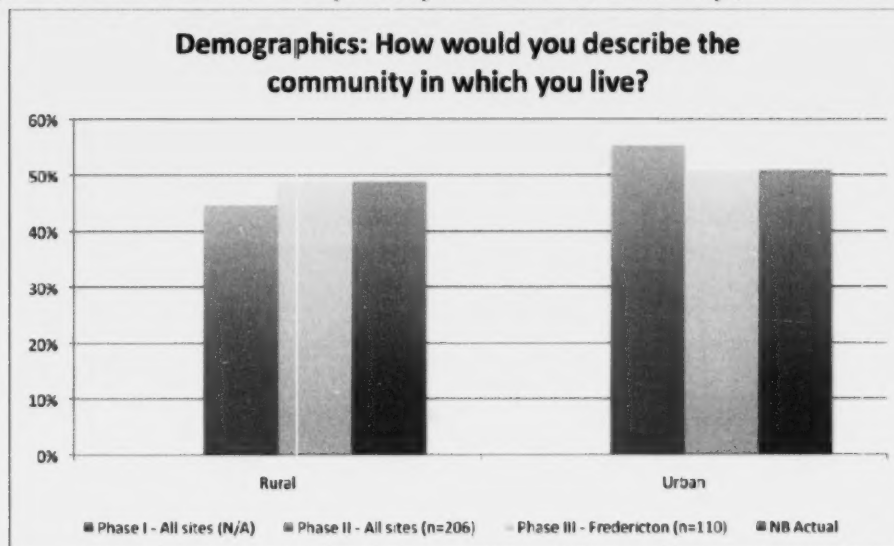


Figure 8: Distribution of Participants by Language



The vast majority of participants at each dialogue were locally based, that is to say, they attended the dialogue session closest to where they reside. In addition, the rural/urban balance of participants was reflective of the province's profile.⁷

Figure 9: Distribution of Participants by Rural/Urban Community (Self-Selected)



⁷ In New Brunswick, as per Statistics Canada's definitions (*Statistics Canada, The Online Catalogue 92-591-XWE (2006) [online], from <http://www.statcan.gc.ca>*), 51% of the population is urban (includes larger and smaller urban areas). Larger urban areas include only Moncton (and surrounding area) and Saint John (and surrounding area) since both have a population greater than 100,000. Smaller urban areas include communities such as Tracadie-Sheila, Oromocto, Shediac and Sackville with a population density greater than 400 inhabitants per square kilometer. The remaining 49% of the New Brunswick population is considered rural, residing in communities such as Rogersville, Saint-Leonard and Dalhousie.

Moving forward, however, the NBHC will make every effort to ensure that its citizen engagement initiatives include strategies for ensuring adequate representation of vulnerable or hard-to-reach groups of citizens that were under-represented throughout this process; these include youth, ethno-cultural groups, aboriginal peoples, linguistic minorities and persons living with physical and/or mental disabilities.



4. PHASE I: PERSPECTIVES

As previously outlined, the four Phase I dialogues were focused on exploring the general perspectives and concerns of citizens with respect to the current state of New Brunswick's health system. More specifically, participants were tasked with identifying what they would value most in an "ideal" health system, what they believe to be the current system's most important challenges and what they see as the system's greatest strengths and opportunities.

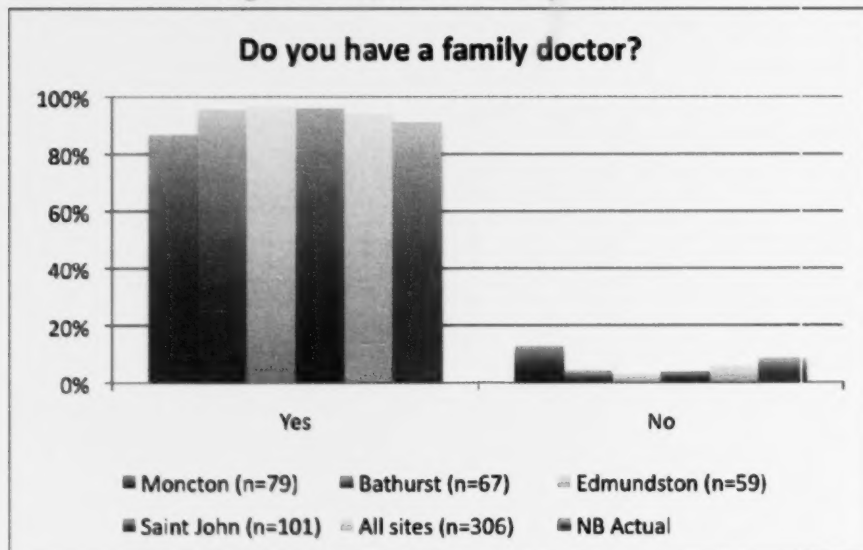
4.1 General Perspectives

Keypad voting was used in Phase I to probe participants' perspectives on a few general questions.⁸ These were meant to help contextualize participants' comments during the discussion sessions and provide some additional insights into their general perspectives on the New Brunswick health system.

4.1.1 Access to a Family Doctor

The vast majority of participants (over 95% in all sites except Moncton, where this figure was 87%) indicated that they had a **family doctor**, which reflects New Brunswick's above-average performance in this regard (the provincial average is 91%).

Figure 10: Access to a Family Doctor



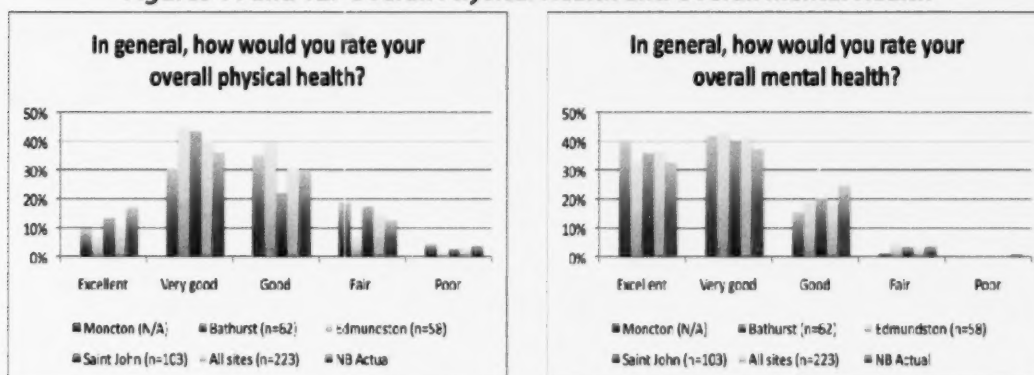
⁸ Many of the keypad voting questions were modified or replaced for greater clarity and relevance following the Moncton dialogue. As such, certain voting results are not available for Moncton.

4.1.2 Impact of the Health System on Overall Physical and Mental Health

Participants were asked to self-assess their **overall physical health** and **overall mental health**. The New Brunswick average of those who rate their overall physical health as "excellent" or "very good" is 55%, according to the 2008 Canadian Community Health Survey (CCHC). This is comparable to the responses from Phase I participants, as a whole, at 50%. The responses to this question varied across regions: ratings were lowest in Bathurst at 40%, rose to 52% in Edmundston and peaked at 57% in Saint John (data unavailable for Moncton).

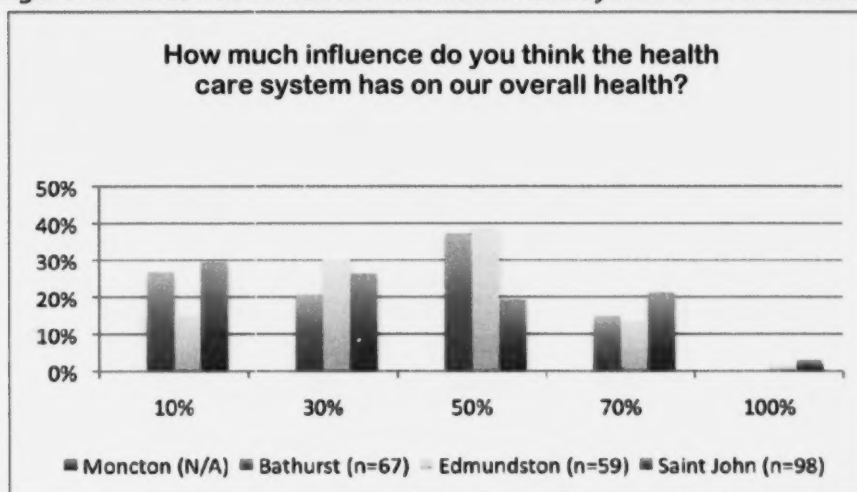
Overall, participants tended to rate their mental health more positively. Interestingly, while Bathurst participants ranked their overall physical health the lowest out of the sessions, they ranked their mental health the highest, with 83% of respondents choosing either "excellent" or "very good." In both Edmundston and Saint John this figure was 76%. Again, this is comparable to the provincial average of 71% from the 2008 CCHC.

Figures 11 and 12: Overall Physical Health and Overall Mental Health



Participants were then asked to indicate the extent to which they believed the health system influenced one's overall health. While some research studies have placed this figure at 10%, participants across all dialogues were more likely to believe it was higher (e.g., over one-third of participants in Bathurst and Edmundston and close to 20% in Saint John believed the health care system influenced 50% of one's overall health).

Figure 13: Perceived Influence of the Health Care System on Overall Health



The NBHC uses the following model (Figure 14) to represent the determinants of health. The model demonstrates the percentage by which each category affects the overall health of individuals. This was presented and explained to participants.

Following this, participants were asked to indicate which category they saw as having the greatest and least impact on their overall health, given their current health situation.

Overwhelmingly (approximately three-quarters), participants felt that their **own health behaviours** had the greatest impact on their overall health. This reflects participants' belief – frequently expressed during the dialogues – that each person carries some personal responsibility for managing his or her own health.

Figure 14: Factors Affecting Population Health

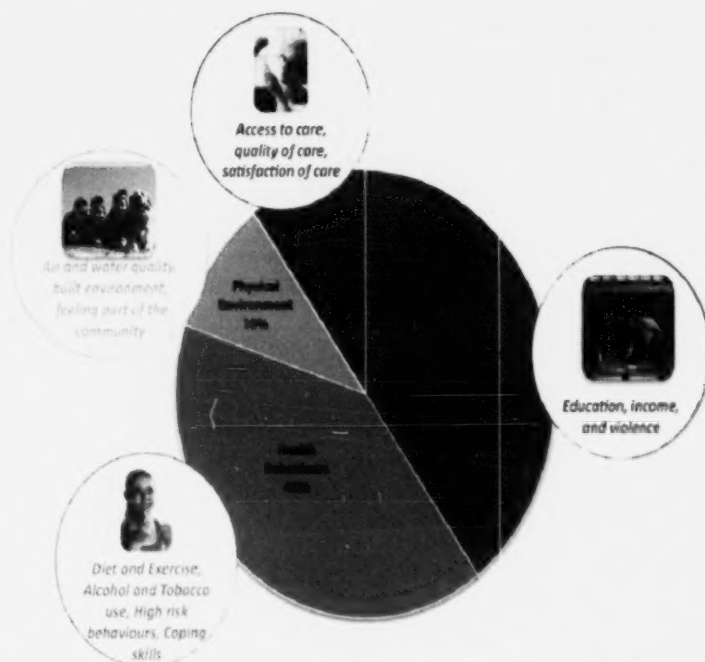
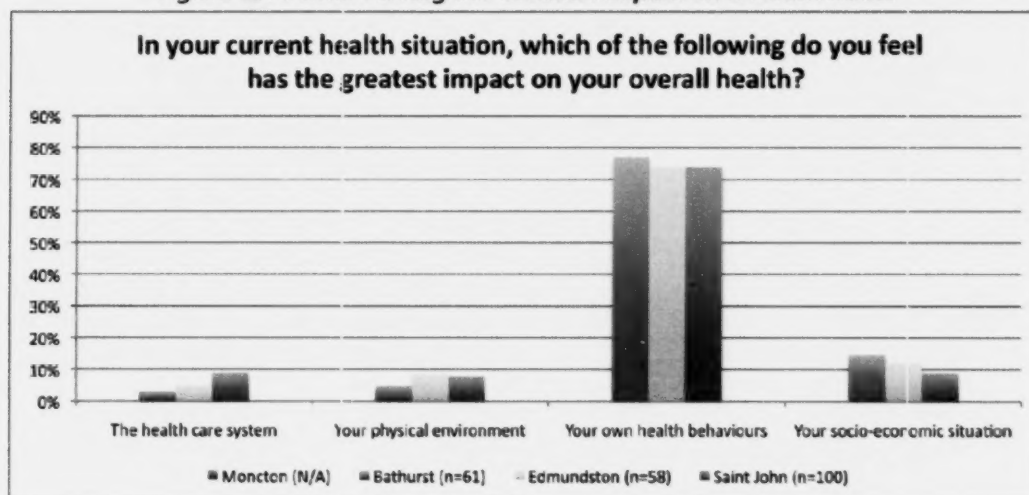
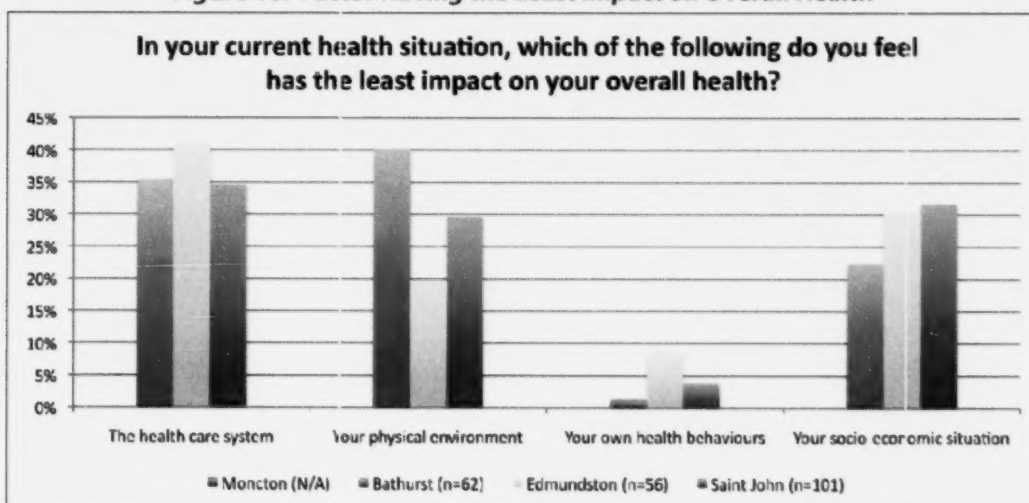


Figure 15: Factor Having the Greatest Impact on Overall Health



Participants were somewhat more divided on which category of factors had the *least* impact on their overall health. Strikingly, at least one-third of participants in each dialogue indicated that the health care system was the factor having the least impact on their overall health.

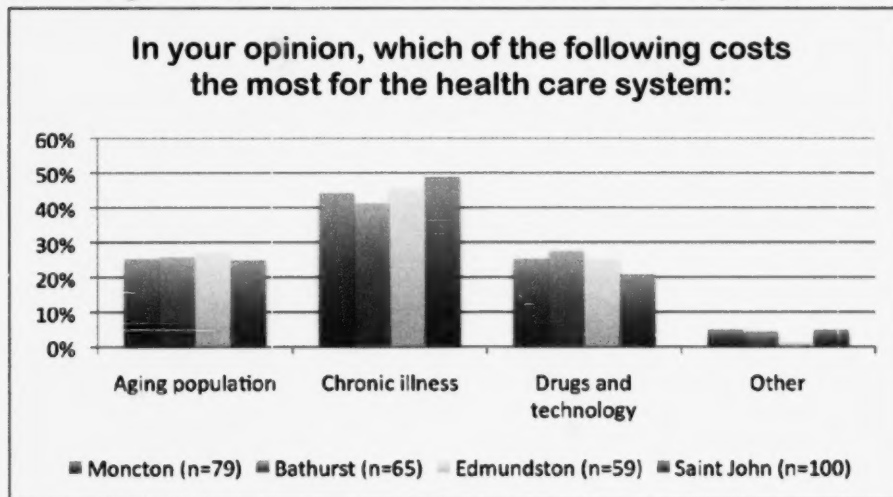
Figure 16: Factor Having the Least Impact on Overall Health



4.1.3 Perspectives on the Cost of Health Care in New Brunswick

A third set of questions was designed to probe participants' understanding of, and thoughts on, the cost of health care in New Brunswick.

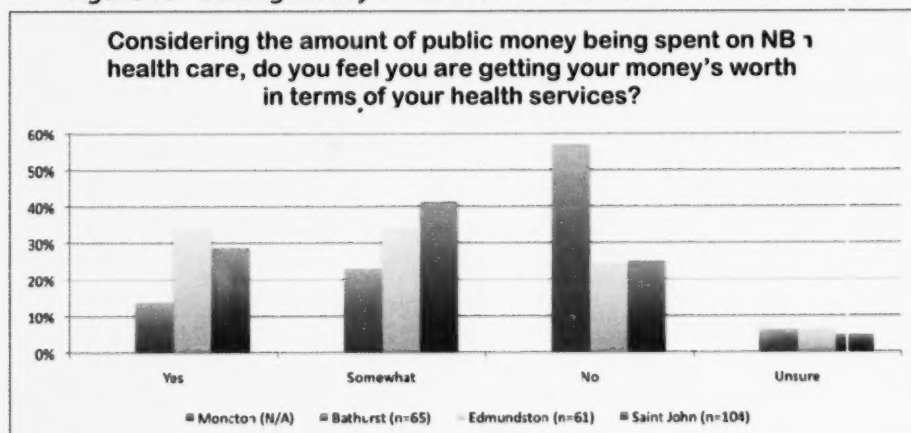
Figure 17: What Costs the Most for the Health Care System?



First, participants were asked to indicate which of four elements costs the most for the health care system. Less than half (approximately 40% to 45% per dialogue) were aware that chronic illnesses are the key cost driver of the health care system. This highlights the importance of continued efforts to raise public awareness about chronic disease prevention and management.

Participants were also asked to indicate whether they felt they were “getting their money’s worth” in terms of their health services, given the amount of public money being spent on health care in New Brunswick. Perspectives on this question differed by region, with Bathurst participants expressing the greatest levels of dissatisfaction by far (over 50% voted “no” compared to 25% in both Edmundston and Saint John).

Figure 18: Getting Money’s Worth in Terms of Health Services in NB



4.1.4 Towards a Citizen-Centered Health System

As the day drew to a close, participants were asked one final question designed to assess the extent to which participants felt the New Brunswick health care system was “citizen-centered” (based on the definition of a citizen-centered health system provided in the Provincial Health Plan 2008-2012).

Interestingly, perspectives varied greatly on this question across dialogues: respondents from the Moncton session were the most critical, with 43% responding that the system did not meet the needs and preferences of individuals and communities. Respondents from the other sessions were somewhat less categorical, with approximately 50% (Bathurst, Edmundston) to 60% (Saint John) indicating that it “somewhat” met the needs and preferences of individuals and communities.

Figure 19: Meeting the Needs and Preferences of Individuals and Communities



4.2 Values

In the first table discussion of the day, participants were asked to imagine an “ideal” health system and to discuss two questions.

- What would be most important to them?
- What kinds of values they would like to see reflected in the way the health system functions?

The purpose of this exercise for participants was to identify and articulate the underlying values that guide the opinions they hold and the choices they make. The goal was *not* to reach a consensus around the table but rather for people to share their different perspectives and to learn from one another. As such, each table, and each room, became a “microcosm” of the province to illustrate the spectrum of what New Brunswickers value.

Following their table discussion, participants were asked to each write down the thing they would value most in an “ideal” health system and to explain what this thing means for them. These worksheets were then collected, and during the lunch period, a “theme team” reviewed and grouped their comments. These themes were then converted into a “word cloud” – an image that presents the various theme-words and their relative frequency of appearance (the bigger the word, the more often it appeared in the synthesis).

The word clouds for each of the four dialogue sessions are presented on the page that follows. **It is important to note, however, that these reflect a very rapid on-site analysis of the input collected.** The provincial summary presented later in this section was based on a more thorough analysis of *all* the data collected across all four Phase I dialogues.

Figure 20: Moncton Session: What You Value Most in an Ideal Health System

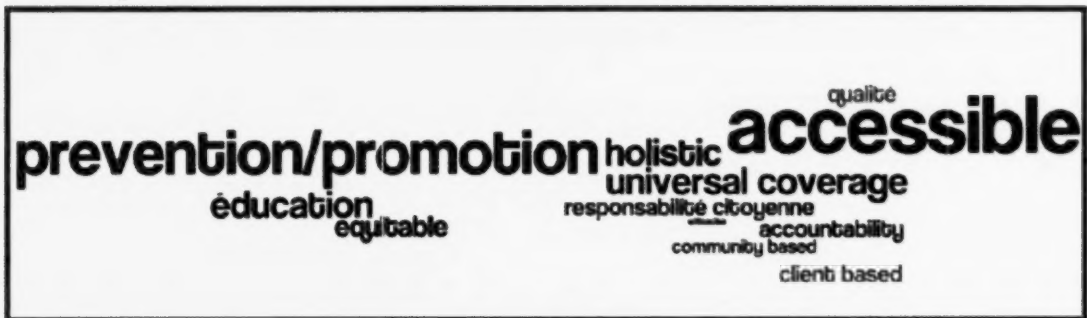


Figure 21: Bathurst Session: What You Value Most in an Ideal Health System

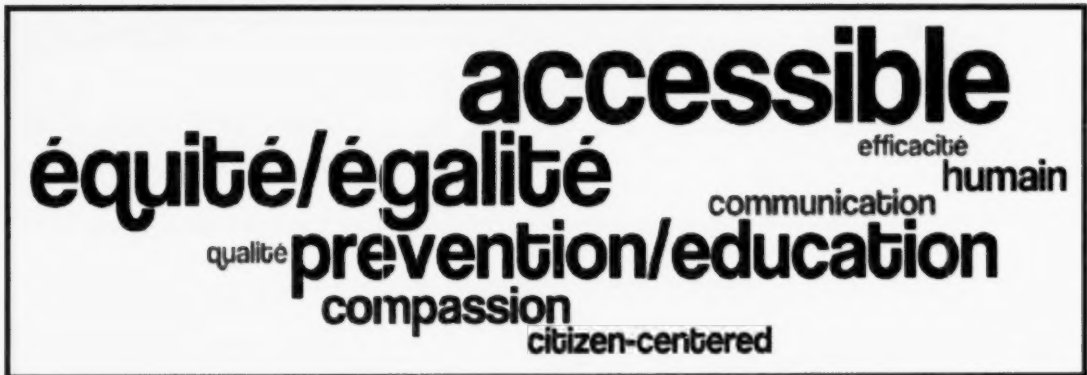


Figure 22: Edmundston Session: What You Value Most in an Ideal Health System



Figure 23: Saint John Session: What You Value Most in an Ideal Health System



What immediately stands out when looking at these four word clouds is the emphasis placed by participants on values relating to:

- the accessibility of health care services
- equitable care and services for all
- education (health literacy), health promotion and illness prevention
- system effectiveness, efficiency and accountability
- health care quality and safety (human, compassionate, respect)
- system citizen-centeredness (holistic, community-based, client-based, citizen responsibility, communication).

4.2.1 Core Values: Definition

A more thorough analysis of this data across the four Phase I dialogues allows us to explore the meaning given to these high-level values by participants. It should be noted that participants' values also closely reflect the six quality dimensions through which the NBHC evaluates the quality of health services in New Brunswick: accessibility, appropriateness, effectiveness, efficiency, equity and safety (see **Appendix D** for the NBHC's definition of each of these quality dimensions).

Table 1: Values - Accessibility

Accessibility of health care services	
Timely access to health care services	<ul style="list-style-type: none"> • Having access to needed care within a reasonable time, without undue delays, long wait times and time lags between visits. • Having the "right care at the right time" (a value that was closely tied to the notion of "appropriate care").
Availability of physicians, specialists, tests, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Having access to a family physician and being able to see a specialist or receive tests when needed.
Enough time with health care providers	<ul style="list-style-type: none"> • Care providers, particularly family doctors, taking the time necessary to listen to their patients in order to properly diagnose.
Access to health care services in official language of choice	<ul style="list-style-type: none"> • Being able to access services in the language of one's choice, whenever and wherever these services are needed.
Cost should not prevent access to treatment and services	<ul style="list-style-type: none"> • Ensuring that the cost of prescription drugs, dental and optometry services does not become a barrier to access.

Table 2: Values - Equity

Equitable care and services for all	
Universal health care	<ul style="list-style-type: none"> • Publicly funded, universal health care as an important factor in protecting equitable access to services for all.
Regardless of socio-economic status	<ul style="list-style-type: none"> • Addressing poverty in order to promote health and take better care of all citizens, including the most vulnerable.
Regardless of location	<ul style="list-style-type: none"> • Providing rural and remote communities equitable access to care. • Ensuring distance, travel and transportation issues do not prohibit access to care.
Regardless of language	<ul style="list-style-type: none"> • Equitable, bilingual services in Anglophone and Francophone communities.

Table 3: Values - Promotion & Prevention

Promotion of health and prevention of illness	
Awareness and education about healthy living (health literacy)	<ul style="list-style-type: none"> • Early childhood through to adult education on how to increase health and wellness, live well and prevent illness.
Physical activity and exercise	<ul style="list-style-type: none"> • Exercise is valued as a means of reducing obesity and related chronic illnesses.
Nutrition and healthy eating	<ul style="list-style-type: none"> • Having access to affordable, nutritious food and knowledge about healthy eating will also promote health and prevent illness.
Healthy environment	<ul style="list-style-type: none"> • A clean, healthy environment with green space in the community is valued for health promotion and prevention of illness.
Personal responsibility for own health	<ul style="list-style-type: none"> • Empowering citizens to take responsibility for their own health (e.g., through government incentives and supports); people taking more responsibility for maintaining their own health and that of their families, for educating themselves about healthy living and for understanding their condition when ill.

Table 4: Values - Quality

Quality health care in a sustainable system⁹	
Appropriate care	<ul style="list-style-type: none"> • Being able to trust that you are getting the right care, in the right place, from the right health care professional.
Compassion for patients	<ul style="list-style-type: none"> • A health care system that is more "human" and health care professionals that treat patients with dignity and respect.
Safety of care	<ul style="list-style-type: none"> • Health services that are safe. For example, patients don't want to be concerned about catching something while in hospital.
Effective care	<ul style="list-style-type: none"> • Care that achieves the desired results, delivered by health care providers that are competent and knowledgeable.
Efficiency	<ul style="list-style-type: none"> • A health care system that is more cost-effective in order to be sustainable but which upholds fairness in the allocation of funds.
Accountability	<ul style="list-style-type: none"> • Transparency on how and where health care funds are distributed. • Making health care providers accountable for what they are charging the health system.

⁹ This grouping partially reflects the NBHC's quality dimensions (accessibility, appropriateness, effectiveness, efficiency, equity and safety). However, because participants placed particular emphasis on accessibility and equity, these stand alone as separate values. Accountability was included here because it was often discussed as an extension of efficient and effective care, while compassion fed into the notion of "appropriate" care.

Table 5: Values - Citizen-Centeredness

Citizen-centered health system	
Community health centres	<ul style="list-style-type: none"> • Creating well-integrated, multi-disciplinary health centres to help foster healthy communities. • Placing community health centres at the heart of a citizen-centered "human needs" model.
Continuum of care	<ul style="list-style-type: none"> • Health care services that are well-coordinated, with separate silos broken down, in order to provide seamless treatment for patients. • Ensuring that politics do not interfere with service delivery.
Holistic and alternative care	<ul style="list-style-type: none"> • Ensuring that the health care system focuses on people's overall health ("whole person" approach) and not only on treating individual symptoms. • Making non-medical, non-drug based treatments and therapies an integral part of the health system. • Providing greater access to a wide range of alternative medicine, such as naturopathic doctors.
Citizen decision-making	<ul style="list-style-type: none"> • All populations, including the most vulnerable (e.g., people with disabilities, children, seniors), should be included in decisions affecting their health and be given a choice in their treatment.

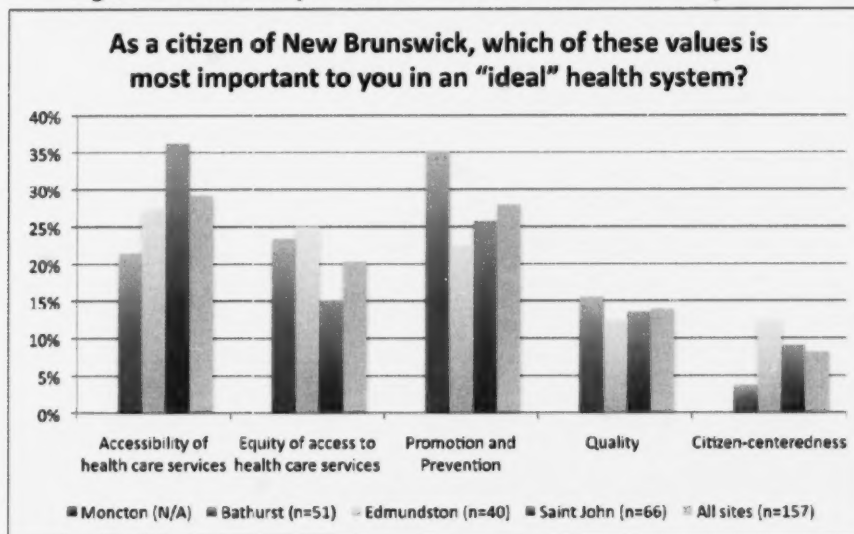
4.2.2 Core Values - Validation and Priorities

In Phase II, participants were asked to validate whether the values synthesized from Phase I findings (**above in Tables 1 to 5**) taken together accurately reflect what they would expect from an "ideal" health system.

Through keypad voting, 90% of participants (n=217) indicated that they either "strongly agreed" or "agreed" with this list of core values.

Phase II participants were also asked to identify which of these five core values would be *most important* to them as citizens of New Brunswick. Accessibility was selected by 29% of participants, while health promotion and illness prevention was chosen by 28% of participants. Equity ranked third (20%) but was considered by many as a value which is complementary and closely intertwined with the notion of accessibility.

Figure 24: Most Important Value in an "Ideal" Health System¹⁰



4.3 Issues

During the second exercise of the day, participants were asked to discuss at their tables what they saw as the priority issues that should be addressed in order to create the kind of health system they want for New Brunswick. There were four discussion questions:

- What are the most pressing problems?
- Where are the greatest needs?
- How can we have the greatest positive impact on the overall health of New Brunswickers?
- How can we make our health system a truly citizen-centered health system?

Following a free-flowing table discussion on these questions, individual participants were asked to write down their "top 3" priority issues. These were then grouped into themes at the table, and during the "Issues Plenary," a representative of each table reported back on at least one priority issue identified by his or her group.

Each set of individual and table inputs, across all four dialogue sessions, was then collected and analyzed to develop the following list of priority issues.

4.3.1 Issues: Definition

As outlined in the tables that follow, participants expressed concerns that were grouped in the following broad categories: accessibility of health care services; cost/funding of the health care system; promotion of health and prevention of illness; optimization of health care services; and systemic changes required for a citizen-centered system.

¹⁰ This voting question was added subsequent to the Moncton dialogue.

Table 6: Issues - Accessibility

Accessibility of health care services	
Access to primary and specialty care	<ul style="list-style-type: none"> • Perceived lack of access to primary care, e.g., family doctors, as well as supportive/specialty services, such as mental health and addiction programs.
Timely access to services	<ul style="list-style-type: none"> • Wait times to see a family doctor or a specialist are too long, as are the delays for obtaining tests and results. • Lack of human resources a contributing factor.
Access to services for rural residents	<ul style="list-style-type: none"> • Minimal local access to health care in rural areas. • No choice but to travel from rural communities to access centralized services, which implies expense and hardship for both patients and their loved ones. • Lack of access to and/or cost of transportation are barriers to receiving care for some.
Access in language of choice	<ul style="list-style-type: none"> • Patients are not always able to access health care in their language of choice. • Need for better bilingual services throughout the province: it is problematic to have strictly English services in English areas and French services in French areas. • Not always possible to access specialists in one's language of choice.

Table 7: Issues - Cost / Funding

Cost / funding of the health care system	
Efficiency of the health care system	<ul style="list-style-type: none"> • General concern about the management of health care spending. • Need to seek ways to reduce wastage and make spending more cost-effective. This is critical to ensuring the sustainability of the system and maintaining and improving the quality and effectiveness of care and services while keeping costs in check.
Distribution of funds	<ul style="list-style-type: none"> • Health care funds need to be fairly distributed throughout the province. • Increase investment in health promotion and prevention of illness, which would in turn reduce the expenditure on acute care in the province.
Direct costs to patients	<ul style="list-style-type: none"> • Free-to-users, publicly funded, universal health care system highly valued. • Concerns about out-of-pocket costs to patients, particularly for ambulance services and prescription drugs.

Table 7: Issues - Cost / Funding (cont.)

Cost / funding of the health care system (cont.)	
Education/awareness about health care costs	<ul style="list-style-type: none"> Severe lack of understanding among the public on the costs of the health care system: how much is spent and how funds are distributed. Public education is required to foster more responsible use of the health system by citizens.

Table 8: Issues - Promotion and Prevention

Promotion of health and prevention of illness	
Education	<p>Increase available information, programs and campaigns to:</p> <ul style="list-style-type: none"> Educate educators, parents, employers, etc. on health and well-being. Educate the general public and patients on chronic disease prevention and mitigation. Dissuade unhealthy habits, e.g., drug, alcohol abuse. Promote healthy living, particularly nutrition and exercise.
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> Need to address poor nutritional habits for illness prevention (e.g., as a contributing factor to many chronic diseases, such as obesity and diabetes). High prevalence of junk food in, e.g., schools and even hospitals. Cost is a barrier to healthy eating: health food is expensive and junk food is cheap.
Exercise	<ul style="list-style-type: none"> Greater opportunities for physical activities in school, in the community, e.g., bike paths. Remove cost barriers/provide incentives for participating in recreational activities.
Responsibility for own health	<ul style="list-style-type: none"> People value universal health care when sick but need to take more personal responsibility for their own health and well-being. Parents in particular have a responsibility to instil healthy behaviours in their children.

Table 9: Issues - Optimization

Optimization of health care services	
Elder care for our aging population	<ul style="list-style-type: none"> • The demographic shift towards an increasingly aged population is impacting the sustainability of our current health system by significantly shrinking the provincial tax base. • Concerned about the cost, to families and to the system, of providing health care for our aging population. • The elderly are occupying hospital beds while waiting to access home care, a nursing home or palliative care.
Emergency and ambulance services	<ul style="list-style-type: none"> • Wait times are too long in emergency rooms. • People are overusing/abusing emergency rooms and/or ambulances when the situation is not critical because they don't have access to a doctor and/or other forms of transportation.
Mental health support services	<ul style="list-style-type: none"> • More focus and resources need to be directed towards mental health care services. • More time must be invested in evaluating the mental health needs of patients.
Other specialized services requiring priority attention	<ul style="list-style-type: none"> • Chronic diseases (treatment, prevention and control). • Cancer care. • Cardiac treatment. • Gynecological services. • Availability of sufficient hospital beds.
Education	<ul style="list-style-type: none"> • Lack of awareness about the health care system. • Need to educate the public on what health care services are available and how to access them.

Table 10: Issues - Systemic Changes

Systemic changes required for a citizen-centered system	
Continuum of care	<ul style="list-style-type: none"> • Break down administrative silos and "de-politicize" the system to remove barriers to continuity of care. • Better coordination of care/services. • Better communication between doctors and specialists, between institutions, between doctors and patients. • Better follow-up with patients after doctor appointments and tests.
Care based on patient needs	<ul style="list-style-type: none"> • Perception that in the current system, standards are set and protocols followed in treatment plans that do not address the specific needs of individual patients: "One size does not fit all." • Need to listen more to patients.

Table 10: Issues - Systemic Changes (cont.)

Systemic changes required for a citizen-centered system (cont.)	
Choice in health care	<ul style="list-style-type: none"> • More choice of alternative options covered by Medicare, e.g., naturopathic doctors, chiropractors, midwives. • More holistic care available.
Reform roles and responsibilities	<ul style="list-style-type: none"> • Less dependence on physicians and more decision-making power to nurses and alternative health care practitioners.
Community health centres	<ul style="list-style-type: none"> • More multidisciplinary, community-based health care centres with a coordinated team approach. • Supported by community leadership.

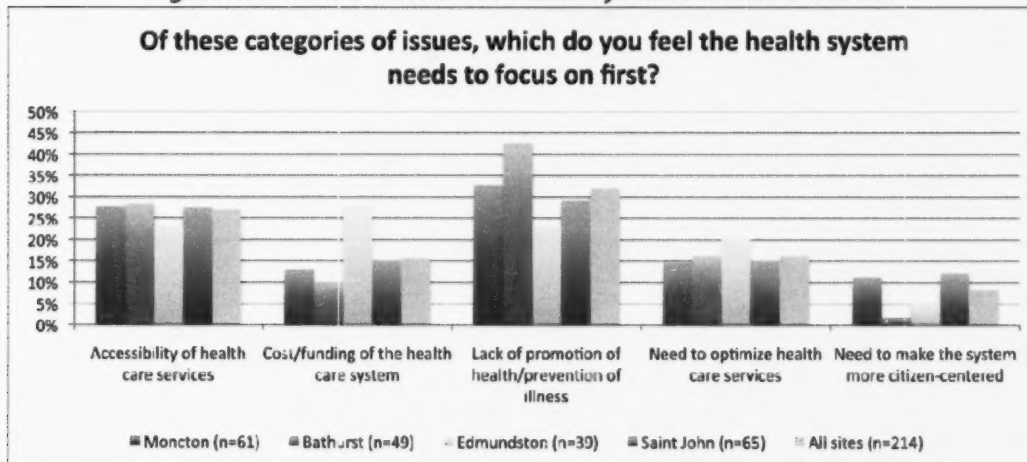
4.3.2 Issues: Validation and Priorities

Again, Phase II participants were invited to validate these findings:

91% of participants (n=216) either “strongly agreed” or “agreed” that these issues taken together accurately reflect the key challenges faced by New Brunswick’s health system.

Phase II participants were then asked which categories of issues they felt the New Brunswick health system needed to focus on first. Remaining consistent with what they valued most, participants prioritized addressing the lack of promotion of health/prevention of illness (32%) and increasing the accessibility of health care services (27%).

Figure 25: Issue on Which the Health System Should Focus First



4.4 Strengths and Opportunities

The third and final table discussion of the day challenged participants to shift their focus from issues and concerns with the health system to the strengths and opportunities that the system can build upon to create the kind of health system they want. Discussion revolved around four questions:

- What are you most proud of when you think of the New Brunswick health system and the overall health of New Brunswickers?
- What do we do well here in New Brunswick?
- What are the biggest strengths of our health system?
- What opportunities exist that we can leverage to create the kind of citizen-centered health system we want?

Participants were asked to discuss these questions in pairs and then shared highlights of their discussion with their tablemates. During the "Strengths Plenary," a representative of each table reported back on at least one of the health care system strengths identified by his or her group.

Each set of paired discussion and table input, across all four dialogue sessions, was then collected and analyzed to develop the following list of health care system strengths.

4.4.1 Strengths and Opportunities: Definition

Participants were keen to recognize and celebrate New Brunswick's strengths and successes, enthusiastically noting that the system's biggest strength was the **"people who make the system work."** They also strongly valued the province's Medicare program (and universal access to health care) as well as several state-of-the-art services, such as the Extra-Mural Program and Tele-Care. Finally, they highlighted what they saw as key opportunities to drive change and improvements to the New Brunswick health system: the province's (and health system's) small size; leveraging citizen and stakeholder commitment to change through meaningful engagement; and increased focus on and investment in health promotion and illness prevention to reduce the burden on the health system.

Table 11: Strengths – Our People

"Our biggest strengths... are the people who make the system work"
• Warm, caring, compassionate and empathetic with patients.
• Competent, knowledgeable, well-trained and qualified.
• Professional, dedicated, hard workers.

Table 12: Strengths – Publicly Funded Health Care

"Medicare (universal health care) in New Brunswick is the most valuable thing we have"
• Available to everyone.
• Accessible when citizens need urgent care (prioritized by urgency).
• Core services free for everyone, independent of socio-economic status.

Table 13: Strengths – World-Class Services

"We have several services in which we excel and which we should be proud of"	
•	The Extra-Mural Program, which allows patients to receive quality care at home.
•	Tele-Care, which allows 24/7 access to health care from anywhere in Canada.
•	Modern technologies: specialized equipment and machines, information systems, <i>One Patient, One Record</i> initiative.
•	Access to quality ambulance and emergency services.

Table 14: Opportunities

"The opportunities we must seize to drive change"	
	The size of the province, and the health care system, is small enough to realistically effect change.
	There is a willingness to change and improve things in the province (as illustrated in part by the <i>"Our Health. Our Perspectives. Our Solutions."</i> initiative).
•	Recognizing opportunity for improvement.
•	<i>"We can do better."</i>
•	We are a "can-do" province.
	Citizens are committed to the health system and to improving their health.
•	Citizens support the health care system in their attitude and through volunteering.
•	There is strength in communities and a sense of ownership of health care.
	Meaningful citizen and stakeholder engagement.
•	Allowing citizens to provide input on the health care system.
•	Involving the public in decision-making processes.
•	Demonstrating that the government is listening.
•	Consulting front-line workers to find out what is working and what needs improvement.
	Increasing focus on, and investment in, the promotion of health and the prevention of illness can help reduce the burden on the health system.

When asked to validate these findings in Phase II, 91% of participants (n=217) either "strongly agreed" or "agreed" that these strengths and opportunities taken together reflect the best aspects of New Brunswick's health system.



5. PHASE II: SOLUTIONS

After considering the current state of the New Brunswick health system in Phase I, participants were invited to turn their minds to the future in Phase II to imagine the kind of health system they want and to identify possible solutions for achieving this vision. To this end, the day began with a visioning exercise designed to refocus the discussion on the notion of a “citizen-centered health system” and allow participants to define what this means to them. This was followed by a series of table and plenary discussions on how to best utilize available resources to ensure that the health system meets the needs and expectations of New Brunswickers.

5.1 “Image-ining” a Citizen-Centered Health System

In the opening session, Phase II participants were challenged to offer their description of what a citizen-centered health system might look like. To do this, they were invited to “think in pictures” and choose from among a series of images the one that, in their opinion, best illustrates the qualities or characteristics of a “citizen-centered health system.” (The images provided did not represent the health care world but instead were images that metaphorically evoked higher-level values or principles.)

The following are the five images that were most frequently chosen by participants combining all sessions across the province (the total number of submissions for this exercise was 234),¹¹ including a summary of the comments used to describe them.

Image 1: Selected by 19% of participants



- Availability of health care from young to old.
- Meeting the needs of different age groups; personalized care.
- Working together across generations to create a good health system.
- Generations working together, learning from the past and working towards the future.
- Connections between people (intergenerational, family); social partnerships rooted in the community (not just government).

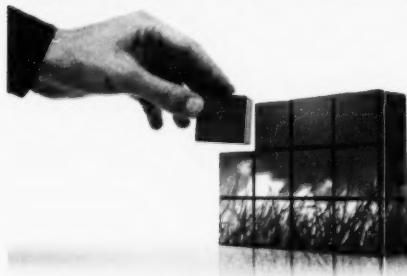
¹¹ Although Phase II had a total of 223 participants, some participants submitted more than one image.

Image 2: Selected by 16% of participants



- The system is a network in which each component is important.
- The spider is the citizen, and the system is centred on the citizen.
- The links within the web (collaboration) represent its strength.
- Web catches all, nothing falls behind.
- A web through the whole province without duplication.
- Complex, efficient, well-balanced but fragile system; resilient and reliable.

Image 3: Selected by 9% of participants



- It takes pieces to make a whole, well-functioning health delivery system. Citizen contribution is one of the most important aspects. It is important to see the whole picture from all perspectives.
- Visionary building blocks, working towards coming together. Hopeful because of the image (blue sky).
- Parts of the health system that need to come together. Inserting the final piece of the puzzle.
- Lots of pieces (diversity of health), and each block has an equal place.

Image 4: Selected by 9% of participants



- Everybody in the health system needs to work together.
- Working as a team towards a common goal (to help patients navigate more effectively in the system, to prevent diseases).
- Remaining active, in motion and healthy and keeping the health system vibrant.
- Need to have people who enjoy their work to give excellent services.

Image 5: Selected by 8% of participants



- Caring and compassion is the basis for a good health care system.
- Compassion and dignity for the elderly.
- More care and resources to the elderly; home care.
- Emphasis on mental and physical health in nursing homes.
- Being prepared for an aging population.

5.2 Where and by Whom Health Care, Services and Supports Should Be Delivered

Phase II discussions were meant to be solution-oriented. Participants were therefore invited to reflect on what the health system could do to help them and their families be healthier. More specifically, they were challenged to think about how to best use available resources and to consider where and by whom the health care, services and supports they require should be delivered.

5.2.1 *WHERE would you like to receive the health care, services and supports you need to keep you and your family healthy?*

Participants underscored that the answer to this question is in large measure dictated by the patient's needs. For example, they felt that elder care should be delivered at home, if possible, or in a nursing home, if specialized care or supports are required. They believed that hospital emergency departments should be available and accessible to treat emergencies. They suggested creating specialized clinics to support chronic disease management outside of a hospital setting.

In more general terms, participants suggested that the following guiding principles help inform where health services and supports should be delivered: locally, at home, in community health centres, in hospitals, in clinics, in pharmacies, and where people live, work, and study.

- **Locally:** as close to home as possible, particularly for primary care and emergency services. It is understood that patients may need to travel to access more specialized services in a central location, and New Brunswick's centres of excellence for specialized care (e.g., New Brunswick Heart Centre in Saint John) are recognized and respected.

"Services should be rendered in the local area... The hospital is one of the most important places for health care, but we can't forget home care for the extremely ill and for those who can't get out of their homes."

Bathurst session participant

- **At home, when possible:** by family members, Extra-Mural Program professionals, physicians doing home visits and through Tele-Care; particularly for senior care and palliative care as well as for follow-up after surgeries.
- **In community health centres:** staffed by well-integrated, multidisciplinary teams and providing a range of services including education/health promotion and preventive care; closely connected to the community; accessible and close to home (increased investment in community health centres would help reduce demand for services provided through doctors' offices and hospitals). Community health centres are also an effective way of bringing health care and information closer to people – a strategy that is particularly important for overcoming barriers to access caused by, for example, distance to care/transportation challenges and low literacy levels (which make it difficult for some to access resources via the Web or other written media).
- **In hospitals:** the primary role of hospitals should be to provide acute care and emergency services.
- **In clinics:** make greater use of clinics to offer services that do not need to be delivered in a hospital setting and/or to increase the availability of services in rural areas. Participant suggestions include: after-hours clinics and walk-in clinics (could play a role in decreasing demand on emergency departments); specialized or multidisciplinary clinics (could offer a more effective approach to chronic disease management); and alternative medicine clinics (could provide a broader range of services that would lead to decreased demand on physicians and lower drug costs).
- **In pharmacies:** some participants suggested that delivering a greater number of services through community pharmacies could be a way to move services closer to people and away from hospitals. They suggested, for example, that pharmacy teams could include nurses playing various roles (checking blood pressures, chronic disease management education, public health information, etc.).
- **Where people live, work and study:** facilitate access to health information and integrate health promotion into daily life by bringing information and health workers (e.g., nurses) into schools and work places, for example.

When asked to validate these findings in Phase III, 98% (n=104) of participants either “strongly agreed” or “agreed” that these ideas taken together accurately reflected where health care, services and supports should be delivered.

5.2.2 FROM WHOM would you like to receive the health care, services and supports you need to keep you and your family healthy?

Participants expected to receive the health services and supports they need from health care workers that are competent, properly educated, trained and qualified, available and accessible, and able to communicate with them in the official language of their choice (particularly in the case of first responders, such as paramedics and nurses). They also expected to be cared for by health professionals who have time to dedicate and listen to patients.

More specifically, participants had a number of suggestions:

- **Teamwork and collaboration** among health care workers is critical to providing consistent quality care to patients. This means that physicians (family physicians, specialists), working in collaboration with pharmacists, nurses, paramedics, public health nurses, etc. in particular, clarify and optimize the role of each health professional to ensure that each is working to the full scope of his or her competencies, and that tasks that can be done by non-physicians (e.g., vaccination, education) are diverted to the right health professionals.

"We need more shared responsibility between doctors and nurses and patients."
Moncton session participant
- **Nurses** should be given more responsibility and decision-making power.
- Professionals who care for and support those with **mental health** issues (e.g., psychologists) must be made an integral part of the health system.
- **Pharmacists** are seen as important players on the health care team who could be empowered to do more to alleviate the burden on physicians (particularly with respect to prescribing and prescription renewal, public health education and chronic disease management).
- **Paramedics** could be called upon to *"do more than transport patients around"* and assist with other tasks (e.g., wound treatment) or public education work.
- **Nutritionists and dietitians** have an important role to play given the importance of a balanced diet in maintaining a healthy lifestyle and preventing chronic diseases.
- The health system must integrate **alternative and holistic practitioners**, e.g., chiropractors, naturopaths, physiotherapists, massage therapists, osteopaths, reflexologists and acupuncturists.
- There is a great need for professionals who can assist patients in effectively **navigating the health system** (e.g., social workers, client navigators, case managers), particularly for the most vulnerable populations (e.g., low income or literacy level, the elderly, people living with mental health issues).
- A number of **non-health professionals** can and should play an important role in health promotion and illness prevention. These include educators, mentors, volunteers, peer support groups, community organizations, sports and wellness organizations that target youth, and employers. Groups such as the Saint John Ambulance could also be supported to play a (greater) role in supporting promotion and prevention initiatives.
- Services that allow people to better care for themselves or their loved ones at home – **Extra-Mural Program** and **Tele-Care** – play a critical role in the health system.

"Expand the role of nurses, paramedics and ambulance services to minimize the need for so many doctors. For example, at the Bathurst Hospital, nurses can 'treat and release' patients in Emergency without their having to see a doctor." (Translated)
Bathurst session participant

- **Family members** can play an important role in providing care to loved ones – providing they have access to the necessary information, training and supports. As one Moncton group stated: *“Give family members or clients the skills they need to practise self-care (for example, changing the dressing on a wound).”* (Translated)

Some participants also highlighted that the **media** have an important role to play in communicating information about the health system, its performance and the services it offers as well as a channel for communicating health promotion/illness prevention messages from the health system. They noted the importance of **social marketing** strategies as a means of driving behavioural changes, of advertising in order to raise **awareness** about key health-related issues and of **social media** (such as Twitter and Facebook) for reaching out to the public in new ways.

“The Department of Health should blow its own horn a bit and contact the TV and tell the public what’s going on in the system. Lots of good things are happening.”

Saint John session participant

Other participants suggested specific **resources** that might be developed and promoted by the health care system to facilitate access to information and system navigation, thus lessening the need for citizens to seek services from hospitals or community health centres:

- **“Care maps”** which would outline the health professionals involved in and services available for the care of specific diseases (e.g., chronic illnesses such as cancer or diabetes) and assist patients in their efforts to navigate the health system.
- **“Family care guides”** that would provide information (“tips and tricks”) on how to identify and care for common illnesses and allow families to practise more self-care in the home.
- **“Community health guides”** which would outline the services, resources and supports available in the community.

Finally, participants reinforced that **each New Brunswicker** has to assume responsibility for his or her own health.

Again, 98% of Phase III participants (n=108) either “strongly agreed” or “agreed” that these ideas taken together accurately reflected by whom health care, services and supports should be delivered.

5.3 What the Health System Should Be Doing More of and Less of

Given the need to make optimal use of available resources for health care – and recognizing that unless trends change, 50% of New Brunswick’s budget will be directed to health care by the year 2015 – participants were asked to consider what they felt the health system should be doing MORE

of and what it should be doing LESS of in order to help citizens and their families be healthier. They brought forward a number of ideas that can be linked back to the core issues identified in Phase I.¹²

In Phase III, 96% of participants (n=107) either “strongly agreed” or “agreed” that the following ideas taken together accurately reflect what the health system should be doing *more* of. Slightly fewer participants (87%, n=109) either “strongly agreed” or “agreed” that these ideas taken together reflect what the health system should be doing *less* of.

5.3.1 Improving Access

Participants felt that *more* should be done to improve access, such as:

- Making it easier to **access specialists**, for example, by making it less difficult and time-consuming to obtain a referral (e.g., reducing the number of steps involved, eliminating the need to first see a family physician).
- Providing incentives for physicians to spend **more time** with patients during a visit (e.g., allowing patients to discuss more than one issue per visit).
- Ensuring a **better and more equitable distribution of clinics and health care professionals** throughout the province and in rural areas (versus concentrating them all in certain areas). Providing doctors with incentives that would encourage them to remain in needy areas.
- Providing citizens greater choices in their health services and supports by integrating **alternative medicine** into the health care system and allowing such treatments to be covered by Medicare (e.g., chiropractic treatment, naturopathy). One group at the Moncton session also noted the need to “stop ‘medicalizing’ pregnancies” and to provide access to midwifery services.
- Putting in place the **facilities and resources required to care for New Brunswick’s growing population of seniors**. This includes planning for more facilities (e.g., nursing homes) and beds for seniors so that they do not block scarce hospital beds while awaiting placement; and increasing the quality of care provided in nursing homes through better monitoring and access to support providers such as social workers and dietitians. This also requires **home-**

“We could manipulate the fee structure for doctors to encourage them to provide certain advice to patients, for example, on how to stop smoking... In some countries, a ‘pay for performance’ model exists.” (Translated)

Moncton session participant

“More physicians on salary versus fee for service.” (Translated)

Edmundston session participant

“People with health care training working in the community could help alleviate demand.” (Translated)

Edmundston session participant

¹² In many cases, similar ideas were framed as both a “more” and a “less,” e.g., “more equitable distribution of clinics and health professionals across the province” and “less centralization of health services.” In such cases, the dominant theme is presented under either the “more” or “less” heading based on the most common description provided by participants.

based and community-based elder care strategies, such as recreational programs for seniors, and the provision of information, training and financial assistance to family caregivers. As one group at the Saint John session put it, *"nursing homes and long-term care facilities... it's not about going there to die, but going there to live."*

- Investing in community-based programs that are designed to **reduce hospital admissions** (e.g., Extra-Mural Program).
- Accommodating factors such as **language** and **distance/inability to travel** so that they do not become barriers to access.

Participants felt the following should be reduced to improve access:

- Wait times to consult a physician (both specialists and family physicians) or to obtain services.
- **"Red tape"** to see specialists or gain access to alternative care.

5.3.2 Investing in Health Promotion and Illness Prevention

Participants felt that more should be done to improve health promotion and illness prevention:

- Education on the prevention and management of **chronic diseases**.
- Greater access to, and visibility of, healthy living **role models**.
- Creating a "culture of health" **early in childhood** by **making health an integral part of school life** through health education, more physical activity and early health assessment and intervention.
- More **community-based** initiatives, programs, resources and facilities to encourage the population to be active (e.g., green spaces, cycling paths).
- More emphasis on **primary care** and its role in prevention and health promotion.
- More **deterrents** (e.g., taxes, regulations) to **making unhealthy choices** (e.g., smoking, junk food).
- Recognizing that the majority of New Brunswick employers are small businesses that may not have the resources to provide large-scale workplace wellness programs; investing more in supporting **workplace-based health promotion strategies** (e.g., tax credit for employers who provide sustainable workplace wellness programs).
- Measures to encourage people to **take responsibility** for their own health. For example, participants suggested the creation of a "health status report card" for each citizen that would track improvements or deterioration in the person's health and their use of the health system.

"Early intervention and assessment in school by health nurses..."

Moncton session participant

"Health is a lifelong project, from cradle to grave. We must foster a culture of health from a very young age..."

(Translated)

Bathurst session participant

"We need to make health education pervasive in schools... Kids can pull their parents forward."

5.3.3 Cost/Funding of the Health System

Participants felt that the following should be done to reduce the cost of the health care system:

- Less **bureaucracy** in the administration of the health system.
- Reducing **inefficiencies** in health care delivery. Examples provided include reducing waste of all kinds; minimizing the amount of time that costly equipment sits idle; requiring less clerical work of nurses; less duplication of services and testing; less use of emergency rooms for non-emergencies; and less hospital-based care when hospitalization is not necessary.
- Making **greater use of available facilities and infrastructures** (particularly schools) to reduce costs and to bring services closer to people.
- Striving to reduce the cost of **drugs** in the health system: encourage doctors to prescribe fewer medications (avoid over-prescription, control the influence of pharmaceutical companies); seek alternatives to drug-based therapies if other options are available; fund preventive interventions (e.g., quit-smoking aids); and encourage greater use of generic drugs. Also, ensuring that cost does not become a barrier to accessing medication when medication is necessary (e.g., catastrophic drug plan). As one Bathurst session participant put it, "Less over-prescribing of drugs. PERIOD."

"At the end of the year, each patient should receive a statement with all the costs charged to the health system for all the care and tests he or she received during the year." (Translated)

Moncton session participant

"We have to change the way we think about infrastructure. Health care is not the buildings in the community. Let's not take services away too quickly upon restructuring or reforming the system. Like potty training, you don't throw out all the diapers the moment you start training."

Edmundston session participant

"Entry points can be hospitals, but hospitals are not the answer to everything, especially for chronic illnesses... Some people are better off in the home, [but we also need to be looking at] other places like Church halls."

Saint John session participant

- Reducing abuse of the health system (demand more accountability) by educating and informing citizens and patients on the **true costs of the health care they seek and receive**; encouraging physicians to make more controlled use of drugs and tests; and controlling the influence of large pharmaceutical companies.

"If we had to pay for [tests] ourselves, would we want as many tests done?"

Moncton session participant

5.3.4 Optimizing Health Services

Participants felt that more should be done to optimize health services:

- Making greater use of **information technology** to share information and prevent duplication of efforts. In particular: **One Patient, One Record** management for better communication between doctors, specialists, hospitals and pharmacies and easier access to patient information, including lab results, across the province. Utilizing technology to help standardize policies and procedures at the administrative level.
- Making greater use of existing **communication technologies**, e.g., videoconferencing, websites, CDs, webcasts and e-mail for improving communication and educational outreach.
- Consulting with and learning from the experience of **front-line workers**.
- Strengthening **obstetrical/maternal/women's health services** by providing Medicare-funded access to midwifery services and maternal health programs; and offering wellness programs tailored specifically to the needs of women (e.g., menopause-related information and supports). Although not as frequently mentioned, making abortions accessible also arose in relation to women's health services.
- Ensuring **privacy rules** do not interfere with the ability to deliver timely quality care to patients.

5.3.5 Making the Health System More Citizen-Centered

Participants felt that more should be done to make the health system more citizen-centered:

- Enabling **home care** as much as possible by providing more services, resources and financial supports to assist families in keeping seniors or others requiring special care at home. This includes providing greater access to qualified home care and Extra-Mural Program services; teaching family members or other caregivers how to properly care for patients; and providing financial aid to help/encourage family members to keep aging or ailing relatives at home.
- Investing in the province's network of **community health centres** to offer more services in the community, to decongest hospitals and emergency rooms and to improve access to care, particularly in rural areas.
- Supporting the role of **communities** and **local decision-making** in health and health care and recognizing the distinct needs of rural and urban New Brunswick.
- With respect to **end of life/palliative care**, doing more to respect people's wishes and taking, as one group at the Moncton session put it, "*fewer heroic measures.*" (Translated)
- Considering the needs of the most **vulnerable and disenfranchised citizens**. This includes, for example, the unique needs of and challenges faced by the province's **homeless population** and the high rate of mental illness and addiction issues they face.

"More decision-making power for decisions that affect the community."

Bathurst session participant

Participants felt that the following should be reduced to make the health system more citizen-centered:

Participants also frequently emphasized the need to **"take politics out of health care."** They sought less political interference and influence in decisions about the health care system; fewer costly studies and reforms; and **greater collaboration across departments**, particularly on issues relating to health promotion and illness prevention.

"Better partnership between the Departments of Health and Education." (Translated)

Edmundston session participant

"In education, justice, social work and health, there seems to be a divide amongst the different departments, while people need access to health care in schools and in the community. We need to be looking to a team approach with doctors and everyone working together."

Saint John session participant

"Less consultation and more action; less politics; less politics over language." (Translated)

Bathurst session participant

"We must make long-term decisions... Decisions must last longer than a political mandate." (Translated)

Edmundston session participant

"The focus in Fredericton is not always reflective of what goes on in rural areas. Provincial politicians don't always know, like municipal politicians, what goes on at the municipal level. Mindset changes are required."

Moncton session participant

5.4 Encouraging Healthier Choices and Behaviours

During the last exercise of the day, participants were invited to reflect on what they could do to help themselves and their families be healthier. To this end, they were asked to consider two questions:

- What health choices and behaviours do you see as being within the personal control of most individuals?
- What kinds of incentives or supports might encourage New Brunswickers to adopt healthier choices and behaviours?

The tables that follow summarize participants' ideas on the kinds of health choices New Brunswickers should be making and on what incentives and supports might facilitate or encourage these choices.

Their ideas are grouped under the seven following themes:

- regular exercise
- proper diet

- practising self-care/taking responsibility for one's health
- lessening the use/consumption of harmful substances
- becoming health conscious/staying informed
- creating safe and health-conscious communities
- promoting/educating about healthy lifestyle choices in schools
- other.

When asked to validate these findings in Phase III, 97% of participants either "strongly agreed" or "agreed" that these ideas taken together accurately reflect the kinds of *incentives and supports* required to encourage healthy choices and behaviours by New Brunswickers.

Table 15: Regular Exercise

<i>"Wouldn't it be nice if you could take your Medicare card and swipe it in the machines at the gym and get 'credits' for exercising?" – Saint John session participant</i>	
Behaviours	Incentives and Supports¹³
<ul style="list-style-type: none"> • Physical activities, recreation, hobbies and pastimes, outdoor activities • Daily activities, e.g., taking the stairs instead of the elevator, walking instead of driving, walking to school instead of taking the bus • Teaching children to be active (and to spend less time in front of the TV or the computer) • Activities for youth, for the elderly • Group activities, finding an exercise partner ("buddy system") to increase motivation to exercise and for consistency 	<ul style="list-style-type: none"> • More money for communities to organize recreation programs for all ages: running, cycling, canoeing clubs; team sports; etc. • More indoor and outdoor community infrastructure; free and publicly accessible walking and cycling trails, pools and playgrounds, green spaces in subdivisions • Funding/tax credits/support for workplace wellness programs: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exercise rooms on the job site or subsidies for gym memberships ○ Integrating exercise into the work day, e.g., walking/running club at lunch hour; workplace pedometer challenge ○ Contests to encourage healthy habits • Increasing the number of hours of physical education in school curriculum • Tax deduction/credit/incentive for gym memberships and other costs associated with exercising, e.g., reducing the tax charged on, or provide tax credits for, sporting goods, gym memberships, etc. • Promote "active transportation": walking to school or work • Ensuring effective, affordable public transit

¹³ Although the behaviours and incentives and/or supports are grouped under a common theme, the incentives do not lead directly to specific behaviours.

Table 16: Proper Diet

"Reduce the fat and sodium content in the products we find at the supermarket." (Translated)
– Edmundston session participant

Behaviours	Incentives and Supports
<ul style="list-style-type: none"> • Cut out junk food and fast food; consume less fat, salt, sugar • Drink more water • Cook healthy meals at home • Follow Canada's Food Guide; change unhealthy eating habits, e.g., no over-eating • Buy locally grown, organic produce • Eat smaller portions • Exercise self-control 	<ul style="list-style-type: none"> • Subsidize the cost of locally grown, organic produce and other healthy foods; support local farmers to increase the availability and lower the cost of local food at an affordable price • Regulate/tax/ban junk food and energy drinks; health warning on junk food as is done on cigarette packages • Create/support community gardens and community kitchens • Education campaigns that include, for example, cooking classes (in collective community kitchens, local grocery stores); information sessions on nutrition; or advertisements on television • Promote healthy alternatives for various seasonal holidays (e.g., fruit at Easter instead of chocolate) • Healthy school breakfast and lunch programs

Table 17: Practising Self-Care/Taking Responsibility for One's Health

"Promote the patient as part of the health care team" – Moncton session participant	
Behaviours	Incentives and Supports
<ul style="list-style-type: none"> • Get enough sleep, rest and relaxation; slow down: "Take time to smell the roses" • Maintain work/life balance • Recognize, manage and lower stress levels; avoid stressful situations • Positive attitude, like yourself; control anger, negative thoughts and road rage • Exercise your mind, maintain mental stimulation and activity • Healthy interpersonal and family relationships; socializing • Healthy sexual relations and safe sex practices • See your physician annually for a complete medical, including appropriate preventive screenings • Develop your spirituality • Check into your family histories, if possible • Comply with medical advice • Seek peer/group supports if needed (e.g., AA, quit-smoking groups) • Wash your hands • Develop time management skills • Don't be afraid to seek help 	<p>Provide services to support healthy living:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Counselling for addictions • Regular access to a doctor • Mental health support • Financial assistance or food stamps to help lower-income families purchase healthier foods • Support basic needs, e.g., affordable housing, tax credits for heating, supports for single mothers • Offer rewards for being/staying healthy, e.g., for not using sick days or health care services • Sexual education in school, free contraceptives for teens • Workplace programs (and cultures) promoting work/life balance and family-friendliness • Drop-in centres for adults (much like youth drop-in centres) where people can seek information, assistance, activities and social networks

Table 18: Lessening the Use/Consumption of Harmful Substances

"It would be important to educate people in order to prevent various kinds of abuse such as alcohol, drugs, [and] unhealthy eating." (Translated) – Edmundston session participant	
Behaviours	Incentives and Supports
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminate illegal drug use and abuse of prescription medications • Avoid, quit or lessen tobacco consumption • Consume alcohol in moderation • Use prescription drugs as prescribed 	<ul style="list-style-type: none"> • Higher taxes on unhealthy substances to discourage use, e.g., tobacco, alcohol, energy drinks • Prevention initiatives targeting youth to reduce drug and alcohol use • Needle exchange programs • Methadone clinics

Table 19: Becoming Health Conscious/Staying Informed

<i>"People should be distributed timely information on healthy lifestyles." – Moncton session participant</i>	
Behaviours	Incentives and Supports
<ul style="list-style-type: none"> • Consciously make healthy lifestyle choices • Educate yourself on your health condition and be aware of your family history 	<ul style="list-style-type: none"> • Provide information to the public so they can make educated decisions • Hold community information sessions and courses on health and healthy living • Use the media to disseminate health information

Table 20: Creating Safe and Health-Conscious Communities

<i>"We have a responsibility to reach out to and help those who cannot help themselves." – Saint John session participant</i>	
Behaviours	Incentives and Supports
<ul style="list-style-type: none"> • Adopt safe behaviours: wear a seatbelt, a cycling helmet, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Foster safe home and work environments • Reduce environmental pollution (e.g., use of pesticides and harmful chemicals in cosmetics, household cleaning products) • Mandatory driver education courses for teens • Mandatory driving tests for drivers aged 65 or older

Table 21: Promote/Educate about Healthy Lifestyle Choices in Schools

<i>"During the school year, nurses should come into the schools to speak about nutrition, physical education and health." (Translated) – Bathurst session participant</i>	
Behaviours	Incentives and Supports
<ul style="list-style-type: none"> • Parents, schools promoting healthy eating and exercising with kids 	<ul style="list-style-type: none"> • Increase hours of physical education in schools for all grades; ensure a minimum amount of physical activity daily • Have a "health report card" in schools reporting on the health status of each student • Educate students about proper nutrition • Sexual education in schools • Healthy food in schools • Ensure that daycares and before and after-school care programs include sufficient physical activity

Table 22: Other

OTHER
<i>"We can control how we vote" (Bathurst session participant)</i>
Provide rewards to health care professionals for healthy patient outcomes
Discount on driver's license renewal to people who sign their organ donor card
Learn from best practices in the field of social marketing for promoting behavioural changes



6. PHASE III: COMMON GROUND

In the third and final phase of this process, participants were challenged to undertake the difficult task of setting priorities among the numerous ideas and suggestions they developed during Phase I and Phase II. In order to help structure this work, the most salient and frequently occurring ideas were grouped thematically as a series of possible areas for action in two broad categories – Primary Care and Acute/Supportive Care – and presented to participants for their consideration (see **Table 23** for a summary). Each participant received a Primary Care and an Acute/Supportive Care worksheet (see **Appendix E**).¹⁴

Table 23: Possible Actions

Primary Care	Acute/Supportive Care
Make community health centres (CHCs) and clinics the centrepiece of primary care.	Minimize “distance to care.”
Make maximum (and innovative) use of available infrastructure to deliver primary health services locally/close(r) to home.	Facilitate access to specialty care.
Promote and support interprofessional collaboration.	Strengthen supports for home-based care.
Develop targeted health promotion/illness prevention programs.	Fully integrate the mental health and physical health systems.
Optimize the roles and responsibilities of health professionals.	Make the health system easier to navigate.
Integrate alternative or holistic practitioners into the health system.	Develop chronic disease prevention and management strategies or programs.
Incent individuals to take greater responsibility for their own health, to make healthier choices.	Augment capacity for care for the province’s aging population.
Create safe, supportive and health-conscious communities.	Strengthen obstetrical/maternal/women’s health services.
Rein in the mounting cost of medication.	Respect patients’ wishes.

Participants were asked to imagine that they were Health Minister for one day as they assessed each option first through personal reflection, then in discussion with their tablemates and finally in plenary. Their assigned task was to choose which two primary care and two acute/supportive care options they would elect to proceed with *first* in order to ensure that the health system:

- meets the needs and expectations of New Brunswickers (as articulated throughout Phase I and Phase II of this process)
- is sustainable over the long term.

¹⁴ It is important to note that some of the ideas put forth by participants fell outside of Primary Care and Acute/Supportive Care; however, for the purpose of this exercise, all ideas were grouped in one or the other category based on wherever they fit best.

In addition, participants were reminded that as Minister of Health, they also needed to balance an array of competing needs and interests, including:

- balancing the province's response to current needs and the pursuit of future goals
- recognizing and addressing the unique needs and expectations of various populations (e.g., children and youth, seniors, persons living with disabilities or mental health issues)
- allocating resources to both "upstream" (promotion/prevention) and "downstream" (curative) care and services
- allocating resources across health care sectors (primary, acute, supportive/specialty, palliative)
- optimizing investments in centres of excellence and local care
- determining if system-wide or targeted interventions are required.

6.1 Primary Care Priorities

Phase III participants began by exploring nine possible areas for action relating to primary care. They identified the two items they would elect to pursue *first* if they were Minister of Health for a day and then shared and discussed these choices at their tables. Each group then discussed the benefits, drawbacks and tradeoffs associated with their top choices and shared these in plenary.

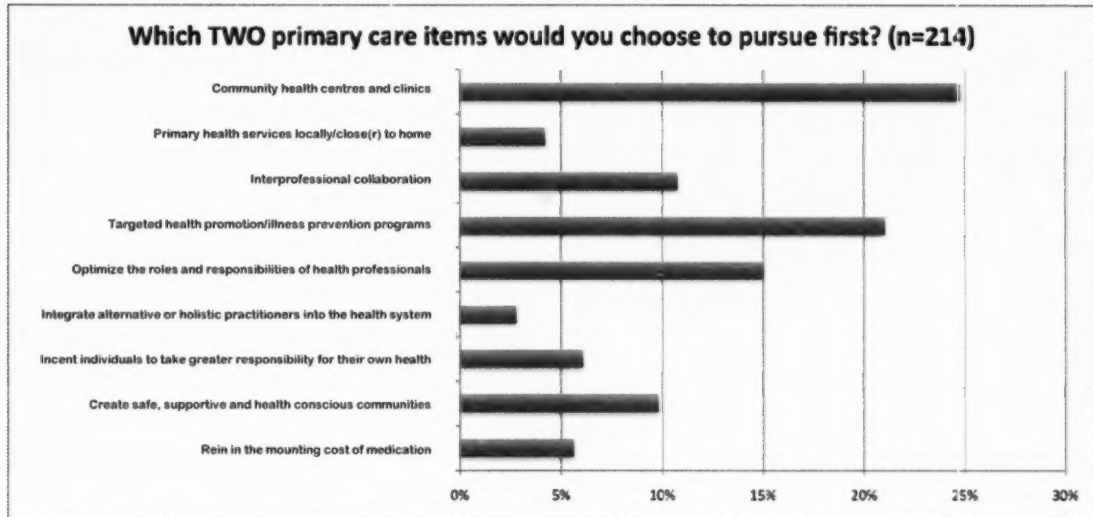
After hearing the arguments in favour of each proposed area for action, participants were then called upon to vote (using the voting keypads) for the two primary care items they would choose to pursue first.

As illustrated in **Figure 26**, "Make community health centres (CHCs) and clinics the centrepiece of primary care" and "Develop targeted health promotion/illness prevention programs" emerged as clear favourites, respectively obtaining 25% and 21% of participants' votes. "Optimize the roles and responsibilities of health professionals" ranked third, with 15% of votes.

The following chart summarizes the reasons provided by participants for selecting particular areas for action.¹⁵ Each section begins with a description of the area for action as presented on the participant worksheet used for this exercise (see **Appendix E**).

¹⁵ The uneven distribution of detail in the following section reflects the fact that participants spent more time discussing those items that were of greatest importance to them.

Figure 26: Primary Care – Priority Areas for Action¹⁶



6.1.1 Make Community Health Centres (CHCs) and Clinics the Centrepiece of Primary Care

To reduce the burden on hospitals and facilitate access, particularly in rural areas, move as many primary health services and programs as possible into CHCs and/or clinics (e.g., walk-in clinics, after-hours clinics and specialized clinics, such as those for chronic disease management or maternal/women's health).

As demonstrated by the keypad voting results – and participants' comments throughout the three phases of this initiative – the community health centre model, combined with clinics (including mobile clinics) works well and is greatly valued by participants. They repeatedly stated that they believe this approach holds great promise for improving access to health care. Participants' suggestions on the CHC model follow:

"We need to transfer more powers to CHCs so that they can respond to the needs of the community rather than delivering services that do not reflect local needs."
(Translated)

"More CHC access [in] rural areas. Have mobile clinics, like in the TB clinic days, transport trucks for MRIs. Avoid overuse of hospitals."

Phase III participants

- **Enables more equitable access to care** by bringing services to citizens in their communities. CHCs offer greater access to health care locally, which was felt to be particularly important in rural regions where citizens are often required to travel some

¹⁶ Participants were asked to respond with two choices. Some may have opted not to respond or responded with only one choice. Therefore, although 111 participants were in attendance at the Phase III dialogue, there were 214 responses to this question. This also applies to Figure 26.

distance to access services in larger centres. Beyond being a matter of convenience, participants felt that this was a key strategy for ensuring more equitable access to services across the province. They also saw this as a way to improve access to care for those who do not have a family doctor.

- **Maximizes flexibility.** Participants believed that CHCs are more apt to deliver services that are tailored to the specific needs of the community and/or have particular focuses, e.g., prevention and education, health and wellness, mental health and chronic disease clinics. Because of their smaller size and local administration, they felt CHCs may offer greater flexibility with respect to hours of operation and the manner/location in which they deliver their services.
- **Enables more individualized and personalized care.** Participants underscored that the "local" nature of CHCs and their ability to offer issue-specific clinics means that the medical staff and patients can establish ongoing relationships, which in turn improves quality of care. This includes, for example, more effective early detection and management of chronic diseases.
- **Is more efficient and cost-effective.** Participants felt that CHCs can play a key role in decreasing the stress on the health care system in general and hospitals in particular by freeing hospital beds, decongesting and reducing wait times in emergency rooms and moving clinics outside of the hospital setting (e.g., walk-in clinics, diabetic clinics, physiotherapy services). Other examples of efficiencies cited include an opportunity for better record-keeping (charting practices) and making greater use of local volunteers.
- **Maximizes the contribution of various health professionals.** Participants saw great value in the ability of CHCs to bring together multidisciplinary health teams that allow patients to benefit from a broad range of skills and services in a single location. They also felt that this enabled a more collaborative approach to care which provides greater efficiencies, for example, with nurses taking on some tasks traditionally performed by physicians (e.g., running diagnostic tests) and by allowing more effective sharing of information among members of the health team.
- **Places health and health care at the heart of the community.** Participants felt that CHCs are often one of their community's most important institutions and that they can create a clear "connection" between the community, the health care system and individual patients – particularly when the community can play an active role in the life of the CHC.

Some participants also explored the potential drawbacks and tradeoffs associated with prioritizing CHCs.

- **Health human resource challenges.** Participants acknowledged that historically, it has been difficult to recruit and retain qualified health care professionals (particularly specialists) in rural areas.
- **Balancing investment in CHCs and regional hospitals.** Participants recognized that greater investment in CHCs might require drawing resources away from regional hospitals. They warned not to duplicate services between the two types of institutions nor to put the

quality of hospital services at risk. They also highlighted that closing down a regional hospital can have serious negative effects on the local community and region: *"The community might not perceive the transition of a hospital into a centre as a positive."* (Translated)

- **Risks to continuity of care.** While participants greatly valued CHCs and clinics as a way to improve access to care, they noted that this does not in any way diminish the need to ensure that patients are adequately followed by the same health professional(s) over time. As one participant put it, *"There is no continuity of care if you don't get the same health professional every visit."*

6.1.2 Make Maximum (and Innovative) Use of Available Infrastructure to Deliver Primary Health Services Locally/Close(r) to Home

Co-locating CHCs in schools; delivering prevention/promotion programs in schools and workplaces; and making greater use of community pharmacists and pharmacies.

Participants felt that this option was closely tied to the first one, "Make community health centres (CHCs) and clinics the Centrepiece of primary care" (above). Again, they saw this as an opportunity for improving accessibility and efficiency.

"The infrastructure is already in place... We must use it to its full potential."
(Translated)

Phase III participant

The idea of locating CHCs in community buildings (co-locating), such as schools or government buildings, was particularly resonant for participants, who felt that this would help improve awareness and use of services as well as facilitate a focus on prevention and education.

6.1.3 Promote and Support Interprofessional Collaboration

To reduce duplication of efforts and ensure better continuity of care, invest in well-integrated, multidisciplinary teams that are, ideally, co-located and have access to the tools they need to work together (e.g., One Patient, One Record, electronic health records); and ensure that privacy rules don't interfere with the ability to deliver timely services to patients.

Participants felt that a team-based approach to care was both more efficient and more effective. They suggested that, if properly organized and supported, collaboration should translate into a team of professionals delivering higher quality of care than if they were operating as separate entities. More specifically, they felt that interprofessional collaboration can achieve a number of objectives.

"Multidisciplinary teams can take a 'wellness focus' rather than a 'sickness focus.'"

Phase III participant

- **Foster the optimization of each health professional's role and responsibilities.** Participants suggested that in a well-integrated multidisciplinary team, each health professional could work to the full scope of his or her expertise and thus alleviate the burden on other team members while also ensuring the patient receives the best possible care.
- **Improve patients' care experience.** Participants underscored that interprofessional collaboration (e.g., doctors communicating with specialists) and a team-based approach (e.g., a single point of access to a multidisciplinary team) to care can mean quicker access, seamless delivery of services and less stress on the patient. They also believed that it offers greater chances of accurate diagnosis, more efficient treatment of serious illnesses and a greater ability to treat the patient as a whole rather than as a series of individual symptoms.
- **Help break down barriers between professional groups.** Participants felt that interprofessional collaboration is required to break down territorial boundaries between departments. However, they suggested that this may need to be mandated. As one participant noted: *"[There are] turf issues: not all professionals welcome interdisciplinary work or have been trained to work in these team environments."*

Participants also noted that the ***One Patient, One Record*** (OPOR) initiative is a key foundational element for effective interprofessional collaboration. They highlighted that effective implementation of OPOR could help reduce wasteful duplication (e.g., of records, charts or tests), simplify visits with the doctor and improve the coordination of treatments. They also saw great value in having all of one's health information on a single electronic card.

However, participants highlighted the potential barriers to an effective OPOR strategy, namely the challenge of achieving standardization across the province and overcoming resistance to change by health professionals. A few participants also cautioned that privacy issues would need to be carefully considered and managed.

6.1.4 Develop Targeted Health Promotion/Illness Prevention Programs

Promote wellness and healthy living (e.g., proper diet, exercise, mental health, safe sex, reducing drug and alcohol addiction); invest in early education, assessment and intervention with children and youth; and create workplace-based health promotion strategies (e.g., tax credits for employers who provide sustainable wellness programs in the workplace).

Participants felt strongly that a shift in thinking was required to refocus the health system away from the curative towards the preventive – from "sick care" to "health care." Investing now in health promotion and early intervention, they said, will help to prevent greater costs (money, time, pain and suffering) and lessen the strain on the health system over the long term.

They also felt strongly that prevention wasn't the exclusive purview of the health care system, stating that *"health promotion can happen anywhere, anytime"* (at school, in the workplace, through public health programs, etc.).

Participants stressed that citizens have to assume personal responsibility for their own health. In this regard, they saw education as paramount. In particular, they spoke time and again of the importance of educating children and youth about health, wellness and fitness through the education system and of encouraging healthy behaviours in schools (e.g., encouraging sufficient water consumption, offering more hours of physical education, eliminating junk food). They also noted that while parents must set a good example for their children, children who learn about healthy living at school can also positively influence their parents. Finally, some participants cautioned that it is equally important to invest in the health education of adults and seniors, given the province's aging population.

"An ounce of prevention is worth a pound of cure."

"We are our own primary health care provider."

"Change in mindset to how can I be well instead of how do I keep from being sick."

Phase III participants

Participants also recognized some of the drawbacks associated with health promotion. These include challenges relating to measuring the return on promotion/prevention investment (*"the benefits are long-term and costs are immediate"*) and reaching some of the most vulnerable or higher-risk populations (e.g., the homeless, seniors). One group also cautioned against developing new prevention and promotion programs and suggested that efforts should instead be directed to strengthening initiatives that are already in place.

6.1.5 Optimize the Roles and Responsibilities of Health Professionals

Ensure physicians are focused on diagnosing and treating illnesses; expand the role of nurses/nurse practitioners and pharmacists to alleviate the pressure on physicians and allow them to spend more time with patients; and do a better job of integrating other health professionals (e.g., dietitians, paramedics) into multidisciplinary health teams.

Participants noted that the health care system relies heavily on doctors – too much so, according to some. They highlighted that not every condition required consultation with a physician and that recognizing this would allow the health system to make better use of available health human resources.

"We must focus our attention on providing or ensuring that the Right Patient receives the Right Care at the Right Time in the Right Place by the Right Health Care Professional."

Phase III participant

In particular, participants mentioned expanding the roles and responsibilities of specialists, nurses, pharmacists, midwives and naturopaths. While participants recognized that physicians are the cornerstone of the health system, some also felt that doctors wielded too much control (over patients and over the health system) and that they needed to better collaborate with, and support, other health care professionals.

A few participants also stressed that in order for health professionals to perform well, they needed to be healthy and have good working conditions. One participant, who self-identified as *"someone who has been working in the system too long,"* asked, *"Do medical professionals have regular reviews to see how they are dealing with the health system and if they are able to deal with the stress... of this system?"*

Ultimately, participants stated, the goal must be to improve accessibility, make better use of resources and ensure that each health professional is working to his or her full potential in support of the patient and the rest of the medical team.

6.1.6 Integrate Alternative or Holistic Practitioners into the Health System *Chiropractors, naturopaths, massage therapists, etc.*

Numerous participants spoke in support of holistic practitioners such as naturopaths, massage therapists and osteopaths, highlighting that they draw from a long tradition and wisdom of healing practices. They also felt that holistic remedies can be a legitimate alternative to drug-based treatments, citing, for example, the health benefits of vitamins and fish oils (neither of which they felt should be taxed, to facilitate access).

They also believed that many holistic practices had a strong prevention focus and, as such, could prove more cost-effective over the long term (at least one participant stressed that any decision to move in this direction should be evidence-based). Some participants recognized, however, the tensions that often exist between holistic approaches and traditional medicine, noting that *"doctors do not often support this type of practice or research."*

6.1.7 Incent Individuals to Take Greater Responsibility for Their Own Health, to Make Healthier Choices *Create deterrents (taxes, regulations) to making unhealthy choices (junk food, smoking); provide yearly "health status report cards"; and provide more information on the true costs of health care.*

Participants echoed many of the ideas expressed in Phase II with respect to providing incentives for healthier choices and behaviours by New Brunswickers (see section 5.4 of this report), stressing the importance of adopting *"a wellness approach, assisting people to make healthy choices and making it financially feasible [to do so]."*

However, they also cautioned that government had a responsibility for curtailing the power and influence of those industries that promote unhealthy lifestyle choices.

As one participant suggested, *"don't tax the individual for making unhealthy choices, tax the businesses that sell the unhealthy choices. (Make these businesses less lucrative!)"*

"Big business spends billions in marketing unhealthy lifestyles. Government and health care providers need to consider how to compete with big business. Can the tools used to draw people into unhealthy lifestyles also be used to draw them towards healthy ones? And how?"

Phase III participant

Others suggested that grocery stores should be mandated to make unhealthy food less prominent and accessible on their shelves: *"Stores: get to the healthy stuff first, chips in the back!"*

6.1.8 Create Safe, Supportive and Health-Conscious Communities

More community-based wellness initiatives, such as programs and resources to encourage the population to be more active (green spaces, cycling paths); address harmful environmental issues (e.g., use of pesticides and other harmful chemicals); and consider the unique health needs of those facing specific challenges (e.g., homeless population, those suffering from mental illness or addictions).

Participants believed that achieving optimum population health and wellness requires the active involvement of communities – from providing access to green spaces to offering a range of social services. They stressed the importance of understanding the needs and strengths of each community with a view to addressing the former by building on the latter. This includes recognizing the unique health needs of those facing specific challenges, such as people living with mental health or addiction issues and the homeless.

"Health, education, social development, housing, transportation: all need to be at the table for creating both physically and mentally well communities. Social-economic situation can dictate a person's physical and mental well-being. By spending on housing and proper food for [the chronically ill and the poor], you will be saving in the long term."

Phase III participant

More broadly, some participants noted that achieving the goal of creating safe, supportive and health-conscious communities requires addressing the social determinants of health (such as access to employment and working conditions, education and housing).

One participant provided a concrete example of community-based wellness measures taken from a British Columbia community faced with high obesity rates: *"All who wanted were encouraged to share and cook meals together at a community centre. Results: weight loss, healthy meals. Participants learned that [this] made them feel better. Children learned what they should be eating."*

6.1.9 Rein In the Mounting Cost of Medication

Encourage physicians to be more judicious in prescribing medication (and ordering tests) that are costly to the system and to patients. Ensure that cost does not become a barrier to accessing medication when medication is necessary (e.g., catastrophic drug plan). Limit pharmaceutical company influence on physicians and prescriptions. Encourage greater use of generic drugs. Also, seek alternatives to drug-based therapies if other options are available and fund preventive interventions (e.g., quit-smoking aids).

As highlighted in Phase II, participants felt strongly that pharmaceutical companies should have less involvement in the health care system and less influence on/direct relationships with doctors. They also felt that whenever possible, generic drugs should be used instead of promoting expensive brands and that these cost savings should be passed on to consumers.

"Why do doctors give you a prescription for one month instead of three when you take the medication year-round?" (Translated)

Phase III participant

Some participants also questioned the need for repeat physician visits to renew regular prescriptions, suggesting that consideration should be given to longer prescription periods or more flexible renewal methods (e.g., by a pharmacist).

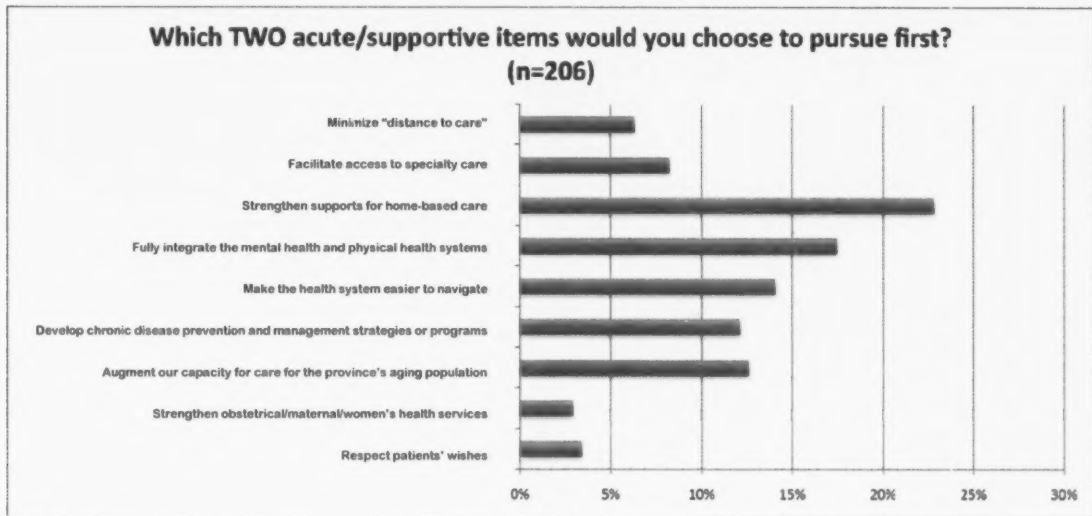
Finally, participants expressed concern that many people without private health insurance coverage cannot afford the prescription medications they need.

6.2 Acute/Supportive Care Priorities

Participants repeated the same exercise to review and prioritize nine possible areas for action relating to acute/supportive care. "Strengthen supports for home-based care" was most popular (23%), followed by "Fully integrate the mental health and physical health systems" (17%), "Make the health system easier to navigate" (14%), "Augment our capacity for care for the province's aging population" (13%) and closely followed by "Develop chronic disease prevention and management strategies" (12%). (See **Figure 27** for the complete list).

The following chart summarizes the reasons provided by participants for selecting particular areas for action. Each section begins with a description of the area for action as presented on the participant worksheet used for this exercise (see **Appendix E**).

Figure 27: Acute/Supportive Care – Priority Areas for Action



6.2.1 Minimize "distance to care"

Ensure that the distance one needs to travel to access emergency and acute/specialty care is reasonable; distribute hospitals/clinics/community health centres equitably across the province.

Participants readily acknowledged that it can be extremely challenging – and costly – to provide the same services to everyone, everywhere. However, they felt strongly that equitable access to health care was paramount and that everyone should have access to services, especially emergency services, wherever they live.

"How do we decide how far is too far?"

"Some specialized services may not be able to be everywhere."

Phase III participants

They suggested that when services are nearby, people are more likely to seek treatment sooner, thus increasing chances of early detection and intervention (e.g., in the case of chronic diseases). Proximity to care, they added, also alleviates stress on patients, families and caregivers as well as being better for the environment. Distributing care equitably across the province would also help to alleviate the burden on larger centres.

Participants also spoke about the transportation challenges (to access care delivered afar) and made a number of suggestions on how to address these:

- Creating a travel reimbursement program (for travel and accommodation) to offset the costs of seeking care in distant centres (especially for people from the northern and rural regions of the province who must travel to the larger southern centres).

- If specialized services are kept in large centres, invest in videoconferencing equipment to facilitate more tele-health.
- Utilize school buses (when they are not in use) to transport groups of patients to and from medical appointments.
- Establish a north-south helicopter ambulance link for emergency transfers (e.g., trauma or acute cardiac cases).

6.2.2 Facilitate Access to Specialty Care

Expand the ways in which one can access specialty care (beyond requiring a referral from a family physician); leverage information technologies to facilitate communications with health care providers (e.g., videoconferencing, tele-health); and reduce inefficiencies in the delivery of specialized services (e.g., reducing the amount of time testing equipment sits idle due to lack of personnel; reducing the amount of clerical work required of nurses).

As highlighted in Phase II, participants believed that improving accessibility includes facilitating access to specialty care. The issue of referrals was particularly important to participants, who felt that repeatedly requiring a referral from a family physician to access the same specialist was a waste of time and resources.

They also reiterated their belief in the potential of tele-health technologies (such as videoconferencing) to enable remote diagnosis or follow-up, thus reducing the need for travel: *"a health professional equipped with the right technology could go to a patient's house in a rural area, with a camera, and be connected to a doctor in an urban centre. The doctor could provide his or her advice, and 'voilà': a house call."* (Translated)

6.2.3 Strengthen Supports for Home-Based Care

Provide more information, training and financial assistance to family caregivers; strengthen the Extra-Mural Program, Tele-Care and other home-care programs to support more home-based care, particularly for people suffering from chronic diseases, the elderly and for end-of-life care.

Participants felt that it is much more cost-effective for the health care system when patients can return home sooner and/or avoid being admitted (or re-admitted) to the hospital system at all.

In this regard, they frequently underscored the effectiveness of the Extra-Mural Program and Tele-Care, noting that the cost per patient for both of these programs was significantly less than the cost of an emergency room visit or hospitalization.

"Relieves stress on current system by keeping people at home."

"A person's environment plays an important role in their recovery." (Translated)

Phase III participants

Participants added that keeping patients at home – provided they are receiving proper care – is also beneficial for the patient in that it is often more comfortable/less disruptive, allows people to maintain contact with their family and social networks (as one participant noted, *“It helps keep the human contact element, personal touch”*) and reduces the risk of contracting hospital-borne infections.

However, some participants cautioned that any increased reliance on home-based care must be accompanied by the provision of adequate supports for caregivers. In particular, they stressed the emotional, physical and financial strain that home care can place on family members in general and women in particular (*“[home-care] often falls on women and they are not always supported”*) and on seniors caring for seniors (*“Keeping elderly individuals healthy when they are taking care of family members, especially in a spouse situation”*). Others felt that the home is not always the best place to receive care, noting that home care – especially if improperly supported or supervised – could entail risks to the patient’s health and safety.

“The family is very often involved when a citizen experiences a challenging health situation. It seems to me that we should mention the key and indispensable contribution of family members.” (Translated)

Phase III participant

Finally, some participants highlighted that funding/managing home care-related services outside the Department of Health meant *“two buckets of money fighting each other: Social Development vs. Health.”*

6.2.4 Fully Integrate the Mental Health and Physical Health Systems

Strengthen mental health care, services and support and make them an integral part of the health system; and ensure mental health services address the needs of vulnerable populations (such as the homeless) as well as addiction issues.

When discussing the integration of the mental health and physical health systems, participants were quick to point out that mental health did not receive either the attention or the investment it deserved.

“Remove the myths around mental health. Treat the whole person. Allow Medicare coverage for mental health needs.”

Moreover, they felt that not only were there insufficient mental health services available to New Brunswickers, but that the services that are in fact provided are too often unknown, misused and/or inaccessible (e.g., due to wait times or costs). This, they stated, results in too many people not seeking/getting the care they need or turning to a family physician (if they have one), who can do little more than medicate them.

“Mental health is just dangling, no home... no support.”

Phase III participants

They advocated for a system that would be easier to navigate, particularly for the youth and vulnerable populations that often *"get left out [or] lost in the system."*

Participants underscored the importance of adopting a "whole person" approach, stating that mental health and physical health are closely interconnected. Moving in this direction, they said, also requires that we address the stigma associated with mental health issues and raise general awareness and understanding of mental health issues and of the relationship between mental health issues and addictions. *"Too many see addiction/mental illness as [having] simple solutions and not [as a] real illness."*

Participants also expressed concerns over the challenges of attracting and retaining qualified mental health professionals. In particular, they noted that many practitioners are opting to enter into private practice, which makes their services more difficult to access due to lack of Medicare coverage. Others worried that the lack of cooperation between physical health and mental health professionals is ultimately detrimental to the patient: *"We must work as a team. In reality, there is no room for compromise."* (Translated)

6.2.5 Make the Health System Easier to Navigate

Provide assistance (e.g., "system navigators," patient advocates, volunteers, peer support workers) and resources (e.g., "care maps") to help patients and families understand what services are available to them and how to best access them; and make greater use of electronic health records and One Patient, One Record.

Participants often discussed the complexities of navigating the health system, and many thought that there is a lack of information available on how to access services and navigate the system and also a lack of awareness on how to find the information that is available. This was felt to be particularly true for those suffering from complex conditions or mental health issues and for certain populations, such as youth, new parents and seniors.

"Families are confused – where do we have to go?"

Phase III participant

Some noted that the fact that "making the health system easier to navigate" was listed as a possible area for action was in itself confirmation that the health system needed to be made more citizen-centered and user-friendly, suggesting that a single point of entry should be sufficient to access the services required.

Again, participants supported the use of *One Patient, One Record* as a strategy for simplifying system navigation and information-sharing among health professionals but cautioned that confidentiality issues would need to be addressed.

6.2.6 Develop Chronic Disease Prevention and Management Strategies or Programs
Create clinics or programs that target a specific disease or condition and offer, for example, preventive care, education on chronic disease management and the required array of specialized services and supports.

Participants recognized the heavy burden of chronic illnesses on the province's health system and the health of its population and felt that it was imperative that this be addressed. They also underscored that doing this requires greater focus on prevention and promotion (as discussed in section 6.1.4).

"Patients need information to take better care of themselves."

Phase III participant

Again, they stressed the importance of providing adequate self-care information (e.g., through clinics), of fostering personal responsibility for one's health and of interprofessional and interdepartmental collaboration.

6.2.7 Augment Our Capacity for Care for the Province's Aging Population
Make more nursing home beds available to free up hospital beds; ensure that nursing homes provide a safe environment and good quality of life for their residents; and provide more community-based wellness programs targeting seniors.

The need to adequately plan and care for the province's aging population was also frequently underscored. In particular, participants felt more ought to be done to ensure that ailing seniors can be cared for outside of hospitals where they too often occupy scarce hospital beds while awaiting placement in more adequate facilities, such as nursing homes. Participants added that home-based or nursing home care can offer seniors a much better quality of life – physically, mentally and socially. As one participant put it, *"Hospitals are not the place for many at end of life."*

"[We have an] aging population. We can't afford to keep our heads in the sand regarding this [...] Nursing home beds: where does the money come from? It's a difficult decision."

Phase III participant

However, participants stressed that in addition to creating more nursing home beds, it was imperative that the province's nursing homes be better staffed and that the same quality and safety standards be applied to both private and public institutions.

Finally, some participants suggested that creating a Tele-Care number exclusively for seniors might be an effective way to provide customized assistance to this population. For example, a phone number where seniors could call to obtain guidance on what to do if they have forgotten to take a medication one day.

6.2.8 Strengthen Obstetrical/Maternal/Women's Health Services

By providing Medicare-funded access to midwifery services, programs for maternal health; and offering wellness programs tailored specifically to the needs of women (e.g., menopause-related information and supports). Although not as frequently mentioned, making abortions accessible also arose in relation to women's health services.

Some participants highlighted the importance of paying attention to women's health, as they felt that this would improve the health outcomes not only of women but also of children and families.

"Shift thinking... Women's health is family health."

Phase III participant

They highlighted that the needs of the most vulnerable women, such as single mothers and those living in poverty, should be focused on.

The idea of birthing centres as an alternative to hospital births was also supported by a number of participants.

However, a few participants also underscored that putting women's issues on the table can be at times politically challenging. One commented that *"predominantly male leadership may not always recognize the importance of women's health."* Another added that *"accessible abortions are very much a prevention [issue], preventing health cost and future long-term social problems... This did not come out as much at these sessions as it might have at a more anonymous sort of consultation. When it is mentioned at a table, it still does not get expressed at the microphone. Some people hesitate to talk in public about abortion."*

6.2.9 Respect Patients' Wishes

Whether it is for end-of-life care or with respect to choosing among treatment options (including declining treatment), ensure that patients have sufficient information to make informed decisions and that their wishes are respected.

Participants generally supported the intent behind this option and placed much emphasis on the importance of empowering people to make informed decisions – and on respecting these decisions thereafter, particularly as they relate to end-of-life care.

"I have a right to tell them when and how I want to die. Live with dignity. Death is a natural function."

Phase III participant

While some worried about possible abuses (*"...possible abuse, such as assisted suicide" – translated*), most agreed that the right to die with dignity was fundamental.

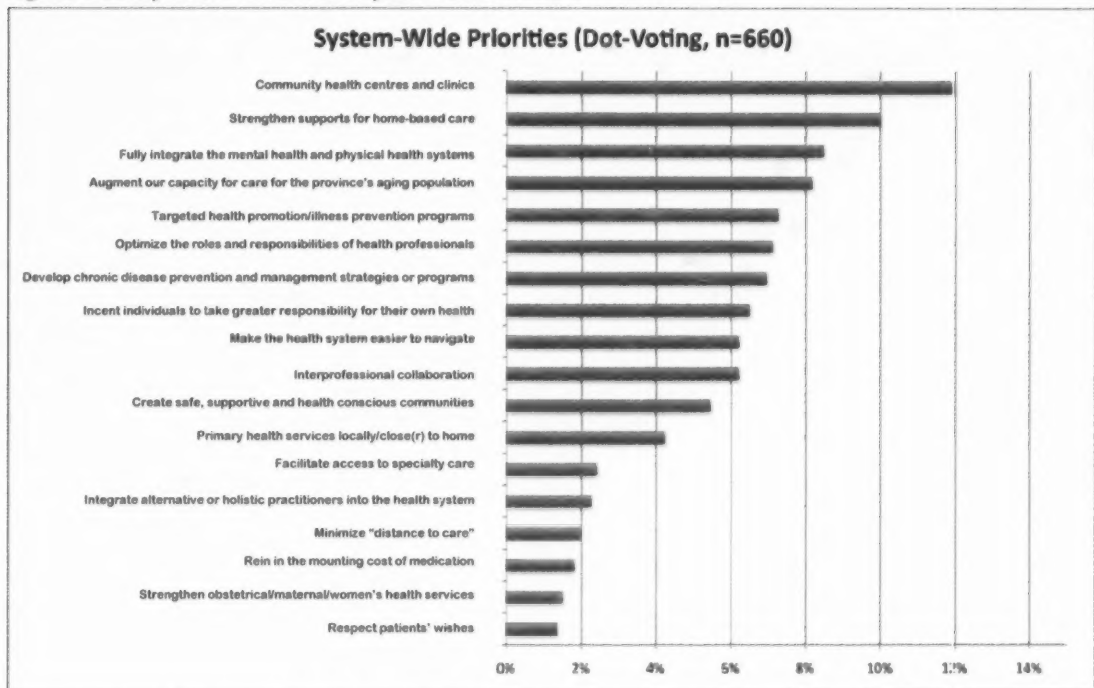
6.3 System-Wide Priorities

After having thoroughly reviewed the possible areas for action in each of the two health care sectors (Primary Care and Acute/Supportive Care), participants were then asked to identify their priorities at a system-wide level: the 18 possible areas for action (nine per sector) were listed on the wall on large posters. Each participant was provided with six “sticky dots” and was invited to select six possible areas for action that they would prioritize to ensure that the health system:

- meets the needs and expectations of New Brunswickers (as articulated throughout Phase I and Phase II of this process);
- is sustainable over the long term.

Participants could allocate only one dot per item but were free to distribute them across the two sectors as they wished.

Figure 28: System-Wide Priority Areas for Action



As can be seen in **Figure 28**, participants' priorities were quite equitably distributed across the options presented, and across sectors, with no single choice garnering more than 12% of votes. “P” refers to Primary Care items, while “A/S” refers to Acute/Supportive Care items.

- “Community health centres and clinics (P)” ranked first (12%), followed by “strengthening supports for home-based care (A/S)” (10%).
- “Fully integrate the mental health and physical health systems (A/S)” and “Augment our capacity for care for the province's aging population (A/S)” tied in third place at 8%.

- These were followed closely by "Targeted health promotion/illness prevention programs (P)," "Optimize the roles and responsibilities of health professionals (P)," "Develop chronic disease prevention and management strategies or programs (P)" and "Incent individuals to take greater responsibility for their own health (P)" at 7%.

6.4 Health Care Sustainability and Funding Models

Some participants noted that the rising costs of health care were clearly communicated throughout this process (and shocking to many) and commended the New Brunswick Health Council for its responsiveness and transparency in addressing their questions on this topic. However, they suggested that a discussion on the sustainability of the health care system could not exclude open dialogue on possible funding models for the health system – a subject that was not explicitly put up for discussion but which is of the greatest interest to New Brunswick taxpayers. This was, in many ways, "the elephant in the room."

As one participant put it during the final plenary: *"We have reached the afternoon of the third day and one thing that has not directly come up is funding models. This is somewhat disappointing, as if organizers thought we, the public, are not to be trusted on that topic. Funding: don't go with activity-based funding for hospitals and eliminate activity-based funding for doctors. Doctors are not rewarded for providing better service."*

7. MOVING FORWARD: CITIZEN ENGAGEMENT



It is important to note that 100% of Phase II participants either "strongly agreed" or "agreed" that citizens have an important contribution to make regarding decisions on health and should be consulted.¹⁷

In order to explore this further, the final exercise of Phase III was dedicated to seeking participants' views on how this might best be achieved. Participants were asked to reflect on their experiences over the course of this process and to consider what "citizen engagement" means to them now. They were then asked to think about:

- the **issues or decisions** they would expect citizens to have a say in when it comes to health and health care in New Brunswick; and
- **how and by whom** they would expect to be engaged.

7.1 Issues for Citizen Engagement

Participants felt that citizens should be consulted on "major issues that affect the majority of New Brunswickers," for example, decisions relating to the development of the provincial health plan and the creation/evolution of the health regions. They also believed that citizens should have a voice on a number of other issues.

*"People want to have a say in what happens in their community – their priorities."
(Translated)*

Phase III participant

- **Current or emerging issues that may affect citizens directly.** For example, on issues that are pertinent to a specific population group, such as age groups (e.g., youth, seniors), a specific community or those suffering from a particular chronic disease (e.g., diabetes).
- **Costs and funding of the health system.** Participants felt that citizens should be given an opportunity to learn about and provide input on where money should be spent in the health care system. This includes, for example, questions relating to budgets, funding models (e.g., private-public partnerships) and doctors' salaries. It also implies helping citizens understand the true costs of health care and the benefits, drawbacks and tradeoffs of major funding decisions.
- **Major infrastructure decisions.** Given the cost of building and maintaining health care infrastructure, participants believed that citizens should be consulted on major infrastructure decisions such as the location of new facilities or the closing of hospitals.
- **Programs and services.** Participants want citizens to have adequate opportunity to provide input on programs and services, for example, on potential changes to service levels, whether this relates to a proposed reduction in available services, the development of new services or

¹⁷ Data collected in the Phase II evaluation form. See Appendix F for a summary of evaluations by Phase.

the establishment of service priorities. They also believed that citizens can offer valuable insights into the development and evaluation of innovative programs and service models.

Some participants also noted the importance of targeting specific groups, such as youth and front-line health care workers, to seek their unique perspectives on population health and health care in New Brunswick.

7.2 How and by Whom Citizens Should Be Engaged

Participants expressed a clear desire to see the New Brunswick Health Council continue to deliver on its mandate of citizen engagement, but they also felt that the Government of New Brunswick must engage citizens on issues that affect them.

They offered a variety of suggestions on how this might be achieved:

- **Through the creation of citizen committees.** For example, one Phase III group suggested *"an oversight committee of citizens [which is consulted] before major changes in the roles of health care professionals and major changes in health care delivery, i.e., Medicare. [...] These committees should be small and represent 'concerned citizens' of various education/professional levels, volunteers mostly, meeting in community centres (low cost) 2-4 times a year."* Another called for *"town hall session(s) to get voting input on issues from citizens and stakeholders for transparency in all aspects of government programs and vision."* Participants also felt that citizens should have a voice on hospital or community centre committees and regional committees or councils that touch on population health and health care.
- **Online consultation** through e-mail, discussion boards, websites, webinars and social media such as Facebook and Twitter.
- **In person** through dialogues such as **Our Health. Our Perspectives. Our Solutions.**, issue-specific forums, focus groups, discussion groups and community or town hall meetings.
- **By working with community partners.** For example, *"build on the results of the FJFNB [Fédération des jeunes francophones du Nouveau-Brunswick] process currently underway and its youth strategy, which are looking at issues such as how health/wellness are perceived by youth aged 12 to 30."* (Phase III participant, translated)
- **Through public opinion research** using Web, paper or phone-based surveys or questionnaires.
- **Through referenda** on strategic issues during elections.

Participants also reiterated the importance of communicating the true costs of health care to New Brunswickers and felt that media should be actively engaged to raise public awareness.

7.3 Conditions for Meaningful Citizen Engagement

In their discussions, participants noted numerous conditions for meaningful citizen engagement:

- Participants stressed that citizen engagement could not be limited to calling on New Brunswickers to validate decisions that have already been made: *"It should not always be 'top-down' management. Citizens should be part of the process."* (Phase III participant)
- They felt that citizens should be consulted regularly and regionally and hoped for *"the possibility that the NBHC meet with citizens on an annual basis for consultations and to report back to the regions."* (Phase III participant, translated)
- They also underscored that "citizen" engagement needed to include communities, as communities are closest to citizens and key partners in the delivery of health and social services: *"Give more power to municipalities because they are best positioned to understand citizens' needs."* (Phase III participant, translated)
- Participants noted the importance of informed participation by not only providing citizens with an opportunity to provide input but also ensuring they are equipped to do so in a meaningful way: *"Facts given to New Brunswickers, followed by an effective process (referendum). Citizens involved, informed. Present information that is not given with a political slant."* (Phase III participant)
- They also stressed that citizen engagement should be open and transparent, *"public consultation not behind closed doors"* and with *"freedom to express concern without fear of consequences."* (Phase III participant)

Finally, while participants greatly valued citizen engagement, they also cautioned that citizen engagement decisions needed to include a cost-benefit analysis to ensure resources are used as effectively as possible.

8. CONCLUSION



Participants in the three phases of this initiative provided rich feedback to the New Brunswick Health Council – feedback that was deeply rooted in their personal and/or professional knowledge, experience and wisdom and which they shared with great generosity.

While a great variety of perspectives were provided, the degree of consistency in participants' comments across dialogue sites, and throughout the phases, highlights a powerful province-wide consensus on a number of key elements which together lay the foundation for a common vision for health care in New Brunswick:

- A firm belief in the importance of addressing barriers relating to distance, language, socio-economic status and cost to ensure equitable access to health care services province-wide.
- Strong endorsement of community health centres, clinics, home-based care (i.e., Extra-Mural Program), Tele-Care and tele-health as strategies for bringing health care closer to citizens and for ensuring that hospitals remain focused on their primary purpose: acute and supportive care.
- A call for a shift in thinking towards wellness, health promotion, health literacy and illness prevention ("health care" versus "sick care") with a particular focus on reducing the incidence of chronic diseases and fostering a culture of health early on in childhood.
- The belief that more must be done to optimize the roles and responsibilities of health care professionals and to ensure that all available health human resources are used to their full capacity within the framework of the province's public health system. This includes promoting interprofessional collaboration, giving more responsibilities to traditional health professionals such as nurses and pharmacists to alleviate the burden on physicians, fully integrating mental health and physical health care, and allowing greater access to alternative/holistic health professionals (e.g., naturopaths, chiropractors, midwives).
- Recognition that the rising costs of health care must be better communicated to citizens and reined in through improved systems and processes (e.g., *One Patient, One Record*, less "red tape"), promotion and prevention (e.g., reducing the incidence of chronic diseases), more creative use of available public infrastructure (e.g., establishing community health centres in schools) and reducing the cost of drugs (e.g., generic drugs, limiting the influence of pharmaceutical companies).
- A strong sentiment that health care is a valued public good in which citizens and communities alike have a high stake.
- Strong support for strategies that encourage and empower citizens to take responsibility for their own health.
- Deep appreciation for the commitment and generosity of the people who make the health system work – front-line health care workers.

Participants were ready to assume their share of responsibility for their own health. They also expected health system partners to do their part by working together and *"taking the politics out of health care."*

As one participant stated:

"As Health Minister of the day, I would call a meeting with the Departments of Education, Public Safety and Health [in order to collaborate on] proposed initiatives. [...] The Department of Health cannot and should not do it alone. We must bring the money forward to kick off these initiatives. We need accountability from all departments and we will save in the long run. [...] Let's push the bar a little further." (Phase III participant)

The participants' message was clear and simple: citizens, communities and health system partners all have a role to play in ensuring the best possible health outcomes for New Brunswickers.

And now is the time for action.



APPENDIX A:

STAKEHOLDER RECRUITMENT TARGET PER SESSION

Group	Definition	Number
Community groups	Groups within a community, representing the interests of the community within any given field	9 total
Public interest groups	Groups with an interest in health and health services or specific community-related health campaigns	9 total
Health and wellness managers	Individuals employed within the health system and responsible for the development and/or management of programs and services	9 total: <ul style="list-style-type: none"> • Vitalité Health Network (3) • Horizon Health Network (3) • FacilicorpNB (2) • Ambulance New Brunswick (1)
Academics	Educators or researchers in post-secondary institutions within the health or public policy-related fields	9 total
Health professionals	Individuals directly involved in providing health services, for example, nurses, paramedics, technicians	9 total: <ul style="list-style-type: none"> • Vitalité Health Network (3) • Horizon Health Network (3) • FacilicorpNB (2) • Ambulance New Brunswick (1)
Government representatives	Individuals employed within a variety of government departments with an emphasis on programs and services relating to the determinants of health; these include individuals employed within the departments of Health, Social Development, Education, and Wellness, Culture and Sport	9 total
Elected officials (municipal)	Municipal representatives selected randomly from a list of elected municipal officials available from the Department of Local Government	8 total



APPENDIX B:

AGENDA AT A GLANCE BY PHASE

Phase I: Perspectives

Moncton	Saturday, March 13, 2010 – Crystal Palace
Bathurst	Saturday, March 20, 2010 – Danny's Inn
Edmundston	Saturday, March 27, 2010 – Centre des congrès (Château Edmundston)
Saint John	Saturday, April 10, 2010 – UNBSJ Grand Hall

Time	REGISTRATION
8:30 – 9:30	Participant registration
Time	BLOCK 1: OPENING
9:30 – 9:55	Welcome and opening remarks Keypad voting (demographics) <i>Moderator: Stéphane Robichaud, CEO, New Brunswick Health Council</i>
9:55 – 10:10	Table introductions: New Brunswick Health System Trivia Cards
Time	BLOCK 2: LEARNING
10:10 – 11:10	Learning session: Provincial Context and the NB Health Sector <i>Shirley Smallwood, New Brunswick Health Council</i> • PLENARY Q&A
Time	BLOCK 3: VALUES
11:10 – 11:45	TABLE DISCUSSION (personal reflection and sharing): What would you value most in an “ideal” health system?
11:45 – 12:30	LUNCH
12:30 – 12:40	PLENARY: What would you value most in an “ideal” health system?
Time	BLOCK 4: PRIORITY ISSUES
12:40 – 1:05	Learning session: How Are We Doing? <i>Shirley Smallwood, New Brunswick Health Council</i>
1:05 – 2:00	TABLE DISCUSSION (personal reflection, sharing and Post-It Note exercise for prioritization): Reflect on the health system – broadly defined – and collectively identify your “top 3” priority issues based on what you believe to be most important for all of New Brunswick.
2:00 – 2:15	BREAK
2:15 – 2:45	PLENARY: Priority Issues
Time	BLOCK 5: STRENGTHS AND OPPORTUNITIES
2:45 – 3:25	TABLE DISCUSSION (paired interviews and sharing): Identify the strengths and opportunities that we can build on to create the future health system you want.
3:25 – 3:40	PLENARY: Strengths and Opportunities to Build On
Time	BLOCK 6: CLOSING
3:40 – 4:00	Closing remarks <i>Moderator: Stéphane Robichaud, CEO, New Brunswick Health Council</i>

Phase II: Solutions

Moncton Saturday, April 24, 2010 – Crowne Plaza

Bathurst Saturday, May 1, 2010 – Danny's Inn

Edmundston Saturday, May 15, 2010 – Centre des congrès (Château Edmundston)

Saint John Saturday, May 29, 2010 – UNBSJ Grand Hall

Time	REGISTRATION
8:30 – 9:30	Participant registration
Time	BLOCK 1: OPENING
9:30 – 9:55	Welcome and opening remarks Keypad voting (demographics) <i>Moderator: Stéphane Robichaud, CEO, New Brunswick Health Council</i>
Time	BLOCK 2: VISIONING AND TABLE INTRODUCTIONS
9:55 – 10:15	Table introductions: “Image-ining” a Citizen-Centered Health System (visioning exercise using image cards)
Time	BLOCK 3: PHASE I REPORTING AND VALIDATION
10:15 – 10:55	What YOU Valued Most in an “Ideal” Health System Priority Issues and Key Strengths of the New Brunswick Health System <ul style="list-style-type: none"> • Presentation of key findings and keypad voting PLENARY: Comments on Phase I Validation
Time	BLOCK 4: How can the HEALTH SYSTEM help citizens and their families be healthier? PART 1
10:55 – 11:35	TABLE DISCUSSION (personal reflection and sharing): How can the HEALTH SYSTEM help citizens and their families be healthier? <ul style="list-style-type: none"> • Q1: WHERE and FROM WHOM would you like to receive the health care, services and supports you need to keep you and your family healthy?
11:35 – 12:00	PLENARY: How can the HEALTH SYSTEM help citizens and their families be healthier? <ul style="list-style-type: none"> • Q1: WHERE and FROM WHOM would you like to receive the health care, services and supports you need to keep you and your family healthy?
12:00 – 12:45	LUNCH
Time	BLOCK 4: How can the HEALTH SYSTEM help citizens and their families be healthier? PART 2
12:45 – 12:55	<ul style="list-style-type: none"> • Housekeeping: Phase III • Visioning: Characteristics of a Citizen-Centered Health System
12:55 – 1:35	TABLE DISCUSSION (personal reflection and sharing): How can the HEALTH SYSTEM help citizens and their families be healthier? <ul style="list-style-type: none"> • What would you like to see the Health System do MORE of and LESS of?
1:35 – 2:00	PLENARY: How can the HEALTH SYSTEM help citizens and their families be healthier? <ul style="list-style-type: none"> • What would you like to see the Health System do MORE of and LESS of?
2:00 – 2:15	BREAK

Phase II (cont.)

Time	BLOCK 5: What can CITIZENS do to help themselves and their families be healthier?
2:15 – 3:00	<p>TABLE DISCUSSION (personal reflection, sharing and Post-It Note exercise for prioritization):</p> <p>What can CITIZENS do to help themselves and their families be healthier?</p> <ul style="list-style-type: none"> • PART 1: What health choices and behaviours do you see as being within the personal control of most individuals? • PART 2: What kinds of incentives or supports might encourage New Brunswickers to adopt healthier choices and behaviours?
3:00 – 3:30	<p>PLENARY: What can CITIZENS do to help themselves and their families be healthier?</p> <ul style="list-style-type: none"> • What health choices and behaviours do you see as being within the personal control of most individuals? • What kinds of incentives or supports might encourage New Brunswickers to adopt healthier choices and behaviours?
Time	BLOCK 6: CLOSING
3:30 – 3:45	<p>Closing remarks</p> <p><i>Moderator: Stéphane Robichaud, CEO, New Brunswick Health Council</i></p>

Phase III: Common Ground

Fredericton Saturday, June 12, 2010 – Delta Hotel

Time	REGISTRATION
8:30 – 9:30	Participant registration
Time	BLOCK 1: OPENING
9:30 – 9:55	Welcome and opening remarks <i>Moderator: Stéphane Robichaud, CEO, New Brunswick Health Council</i>
9:55 – 10:15	Table introductions: What You Learned and What You Heard in Phases I and II
Time	BLOCK 2: PHASE II REPORTING AND VALIDATION
10:15 – 10:45	WHERE and BY WHOM health care, services and supports should be delivered What the health system should be doing MORE OF and LESS OF <ul style="list-style-type: none">• Presentation of key findings and keypad voting PLENARY: Comments on Phase II Validation
Time	BLOCK 3: SELECTING PRIORITIES
10:45 – 11:00	What We Mean by “Making Tough Choices” <i>Moderator: Stéphane Robichaud, CEO, New Brunswick Health Council</i>
11:00 – 11:45	TABLE DISCUSSION (personal reflection, choice work, sharing): Primary Care – If you were Health Minister for one day, which items would you choose to pursue first in order to ensure that the health system: <ul style="list-style-type: none">• Meets the needs and expectations of New Brunswickers AND• Is sustainable over the long term
11:45 – 12:15	PLENARY: Primary Care <ul style="list-style-type: none">• Keypad voting• Plenary comments
12:15 – 1:00	LUNCH
1:00 – 1:45	TABLE DISCUSSION (personal reflection, choice work, sharing): Acute/Supportive Care – If you were Health Minister for one day, which items would you choose to pursue first in order to ensure that the health system: <ul style="list-style-type: none">• Meets the needs and expectations of New Brunswickers AND• Is sustainable over the long term
1:45 – 2:10	PLENARY: Acute/Supportive Care <ul style="list-style-type: none">• Keypad voting• Plenary comments

Phase III (cont.)

Time		BLOCK 3: SELECTING PRIORITIES (cont.)
2:10 – 2:30	BREAK and Dot-Voting	Dot-Voting: Now that you've explored Primary Care and Acute/Supportive Care individually, what choices would you make if asked to prioritize across these two areas?
2:30 – 2:40		PLENARY: Dot-Voting Results
Time		BLOCK 4: CITIZEN ENGAGEMENT
2:40 – 3:30		TABLE DISCUSSION (World Café): <ul style="list-style-type: none"> What are the kinds of ISSUES or DECISIONS you would expect citizens to have a say in when it comes to health and health care in New Brunswick [issues for citizen engagement]? HOW and BY WHOM would you expect to be engaged?
3:30 – 3:50		PLENARY: <ul style="list-style-type: none"> What are the kinds of ISSUES or DECISIONS you would expect citizens to have a say in when it comes to health and health care in New Brunswick [issues for citizen engagement]? HOW and BY WHOM would you expect to be engaged?
Time		BLOCK 5: CLOSING
3:50 – 4:00		Closing remarks <i>Moderator: Stéphane Robichaud, CEO, New Brunswick Health Council</i>

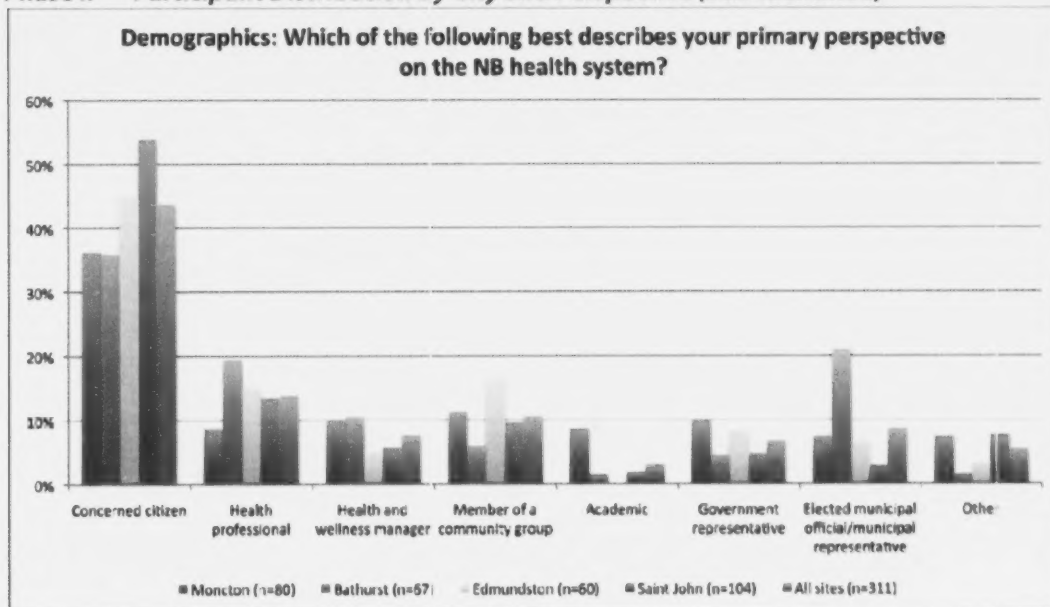


APPENDIX C:

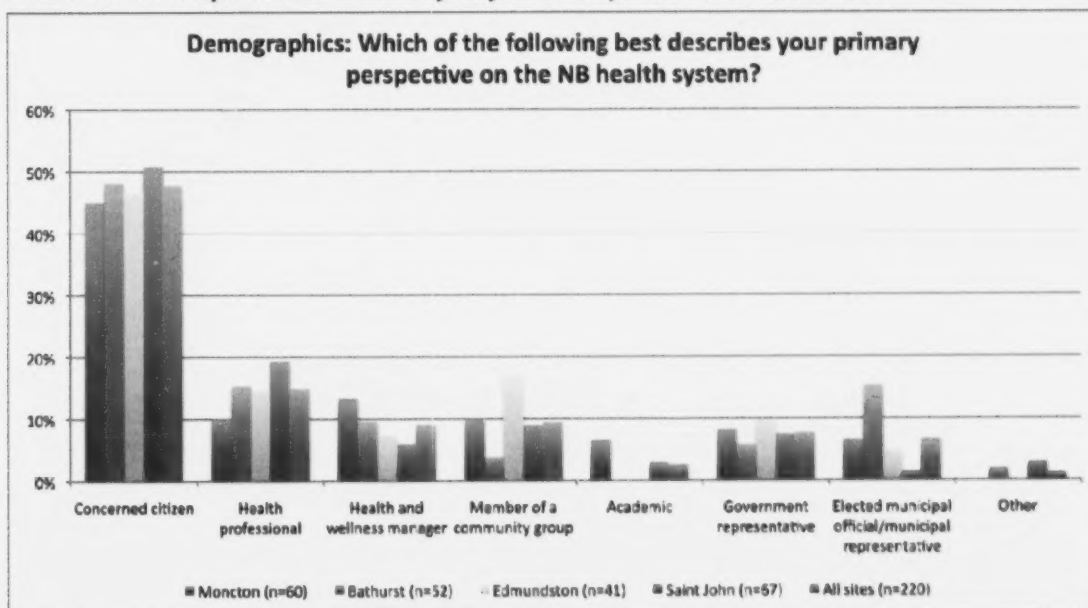
PROFILE OF PARTICIPANTS

Perspective

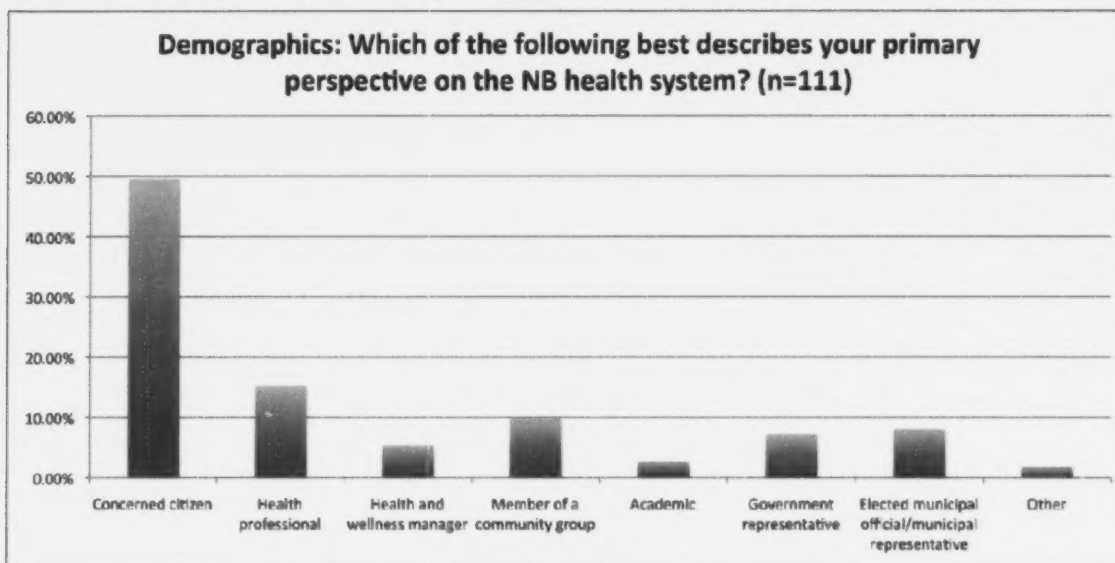
Phase I: Participant Distribution by City and Perspective (Self-Identified)



Phase II: Participant Distribution by City and Perspective (Self-Identified)

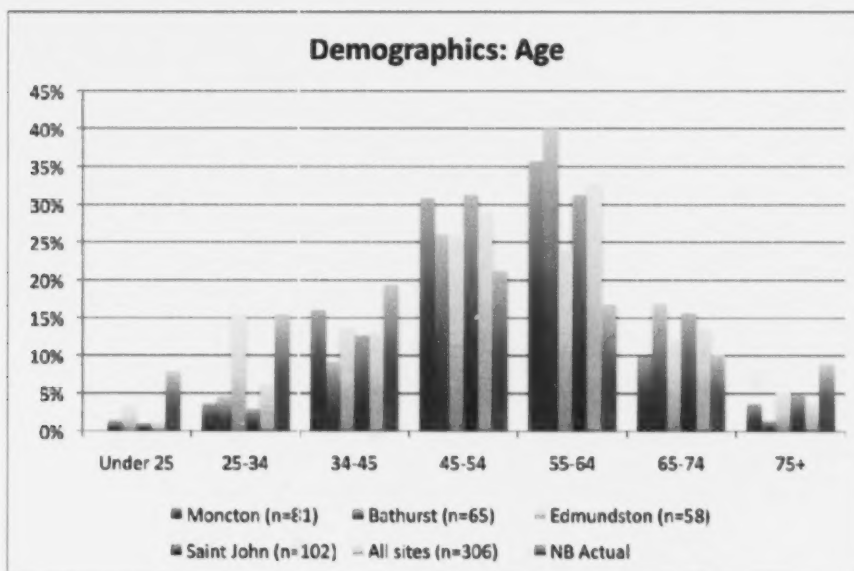


Phase III: Participant Distribution by Perspective (Self-Identified)

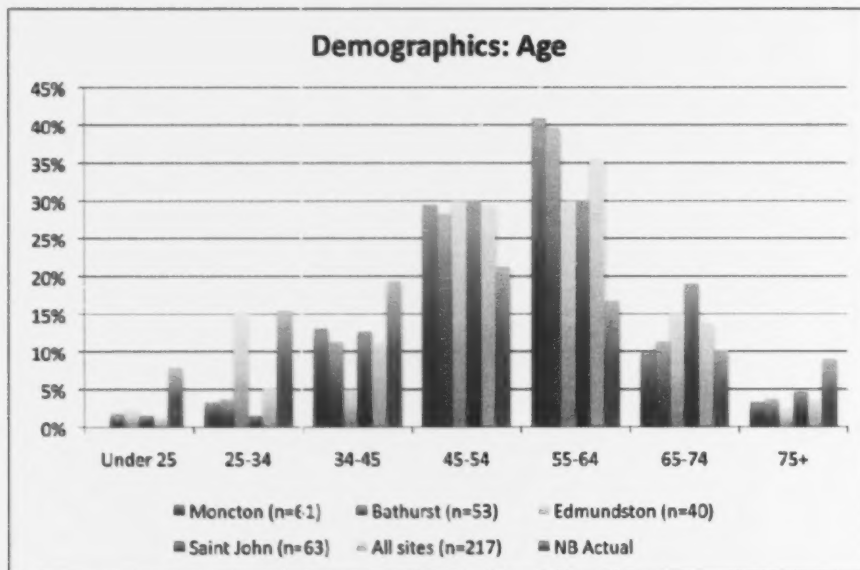


Age

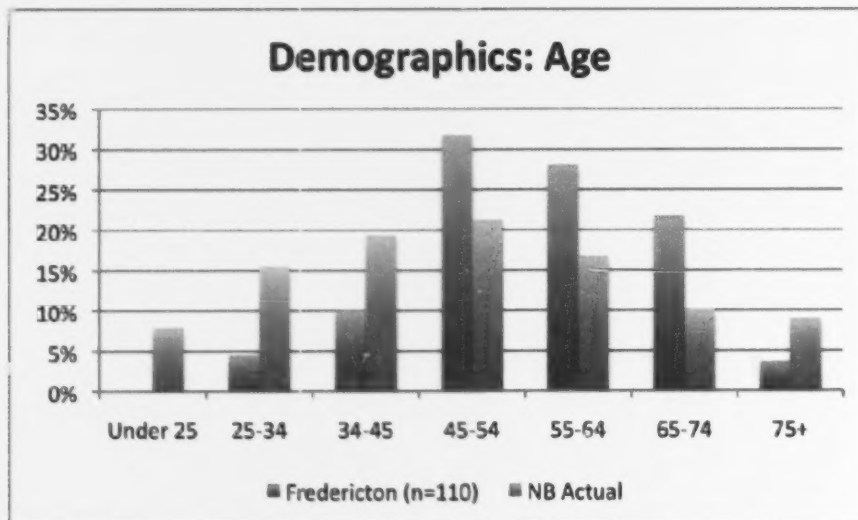
Phase I: Participant Distribution by City and Age



Phase II: Participant Distribution by City and Age

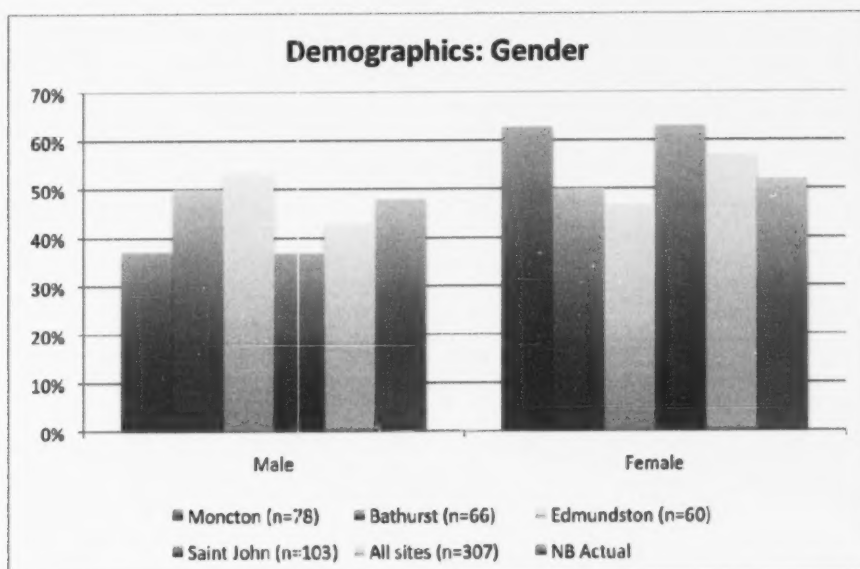


Phase III: Participant Distribution by Age

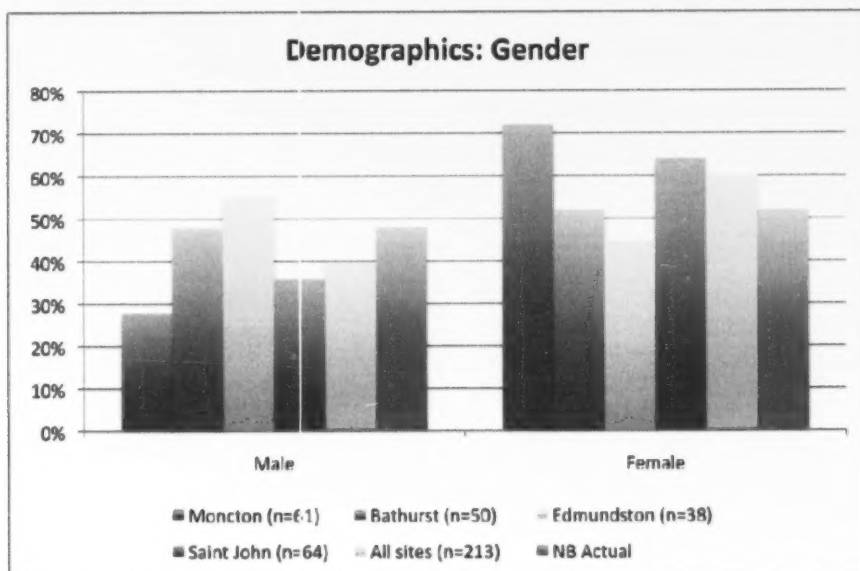


Gender

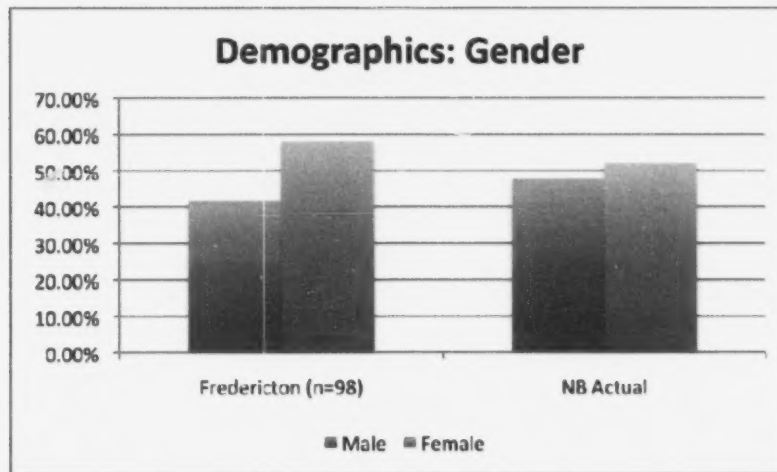
Phase I: Participant Distribution by City and Gender



Phase II: Participant Distribution by City and Gender

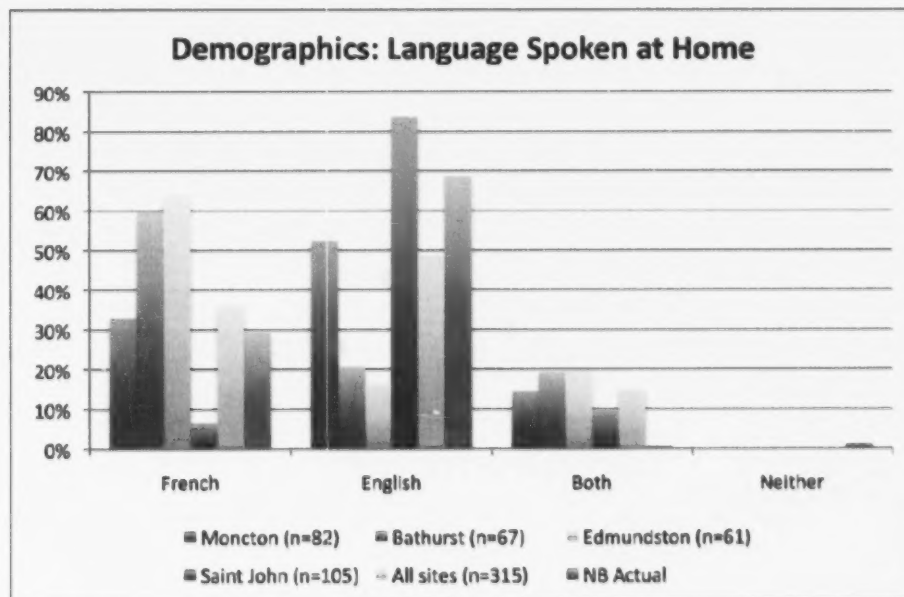


Phase III: Participant Distribution by Gender

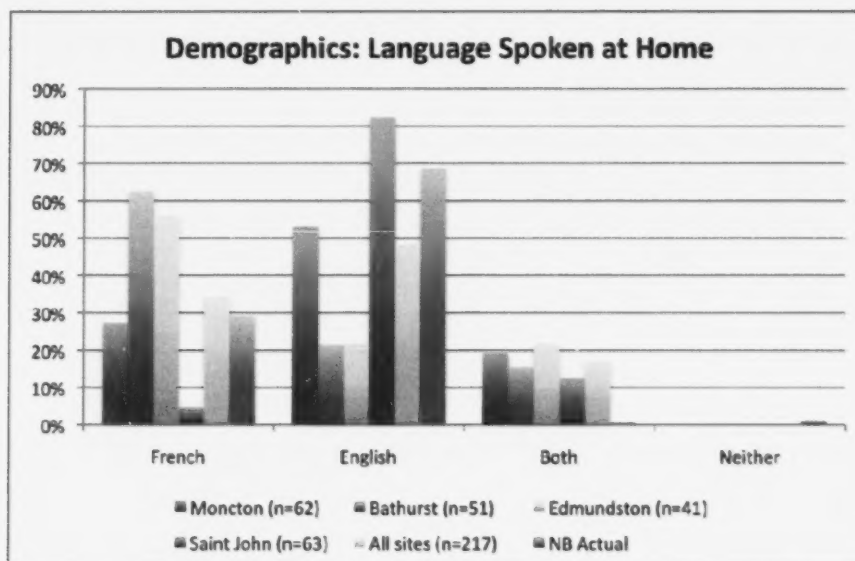


Language

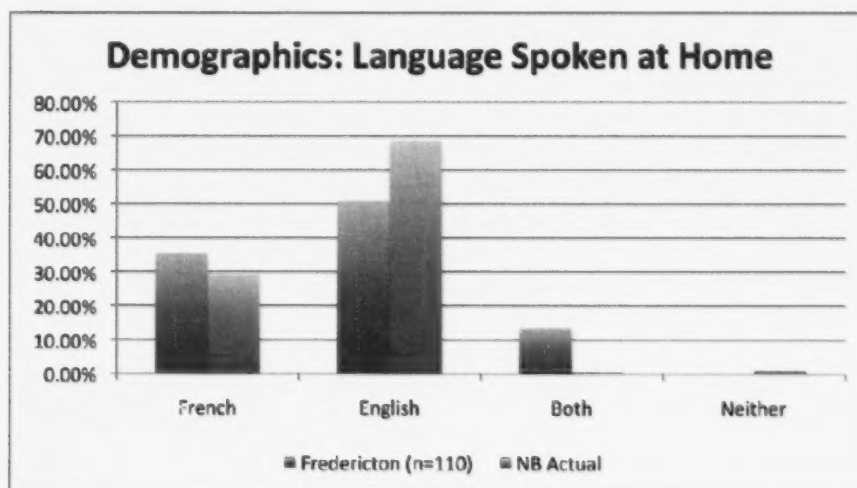
Phase I: Participant Distribution by City and Language



Phase II: Participant Distribution by City and Language

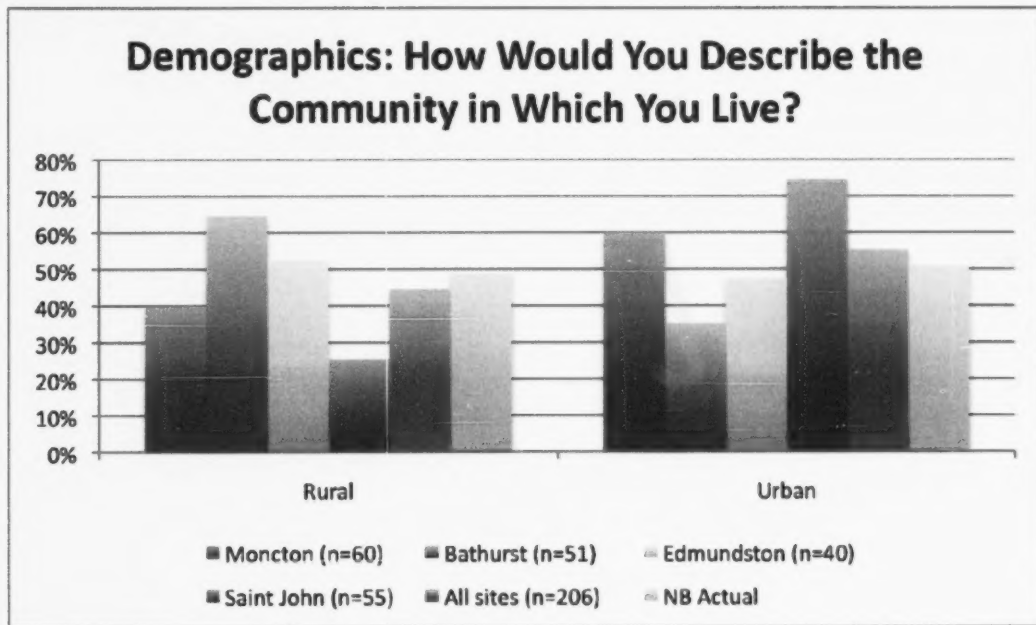


Phase III: Participant Distribution by Language

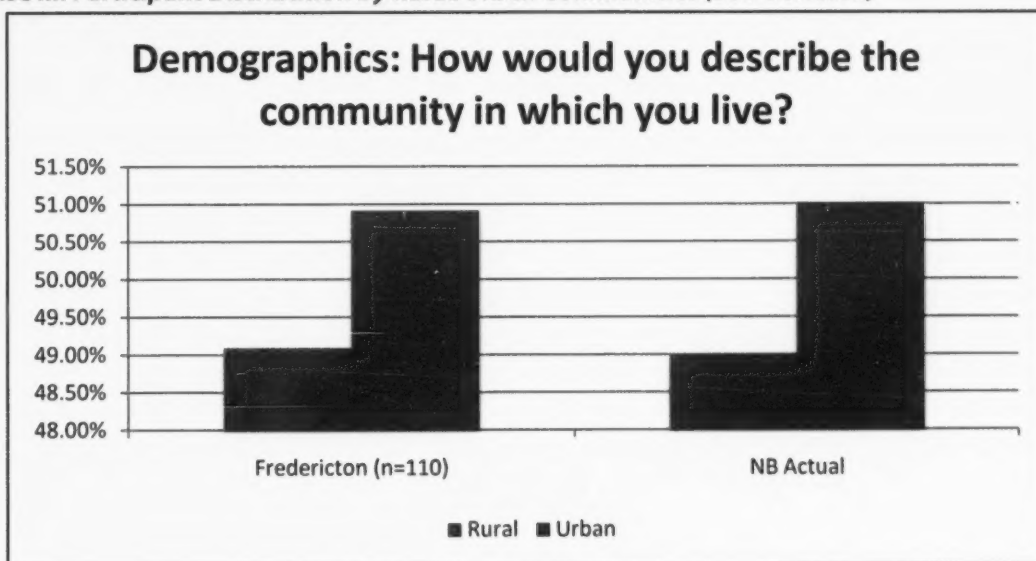


Rural/Urban Mix (Phases II and III Only)

Phase II: Participant Distribution by Rural/Urban Communities (Self-Selected)



Phase III: Participant Distribution by Rural/Urban Communities (Self-Selected)





APPENDIX D:

NBHC QUALITY DIMENSIONS

Quality dimension		Descriptor
Accessibility	Providing timely services	The ability of patients/clients to obtain care/service at the right place and the right time, based on respective needs, <i>in the official language of their choice</i> .
Appropriateness	Relevant and evidence-based	Care/service provided is relevant to patients'/clients' needs and based on established standards.
Effectiveness	Doing what is required to achieve the best results possible	The care/service, intervention or action achieves the desired results.
Efficiency	Making the best use of resources	Achieving the desired results with the most cost-effective resources.
Equity	Aiming for equitable care and services for all	Providing quality care to all, regardless of individual characteristics and circumstances, such as race, colour, creed, national origin, ancestry, place of origin, language, age, physical disability, mental disability, marital status, family status, sexual orientation, sex, social status or belief or political activity.
Safety	Keeping people safe	Potential risks of an intervention or the environment are avoided or minimized.

APPENDIX E:



PARTICIPANT WORKSHEET – PRIMARY CARE

Please circle the two (2) items you would choose to pursue first in order to ensure New Brunswick's health system meets the needs of citizens and is sustainable over the long term:

1.	MAKE COMMUNITY HEALTH CENTRES (CHCs) AND CLINICS THE CENTREPIECE OF PRIMARY CARE: to reduce the burden on hospitals and facilitate access, particularly in rural areas, move as many primary health services and programs as possible into CHCs and/or clinics (e.g., walk-in, after-hours, for specific needs such as chronic disease management or maternal/women's health).	
2.	MAKE MAXIMUM (AND INNOVATIVE) USE OF AVAILABLE INFRASTRUCTURE TO DELIVER PRIMARY HEALTH SERVICES LOCALLY/CLOSE(R) TO HOME: co-locating CHCs in schools; delivering prevention/promotion programs in schools and workplaces; making greater use of community pharmacists and pharmacies.	
3.	PROMOTE AND SUPPORT INTERPROFESSIONAL COLLABORATION: to reduce duplication of efforts and ensure better continuity of care, invest in well-integrated, multidisciplinary teams that are, ideally, co-located and have access to the tools they need to work together (e.g., <i>One Patient, One Record</i> , electronic health records; ensure the privacy rules don't interfere with the ability to deliver timely services to patients).	
4.	DEVELOP TARGETED HEALTH PROMOTION/ILLNESS PREVENTION PROGRAMS: promote wellness and healthy living (e.g., proper diet, exercise, mental health, safe sex, reducing drug and alcohol addiction); invest in early education, assessment and intervention with children and youth; create workplace-based health promotion strategies (e.g., tax credits for employers who provide sustainable wellness programs in the workplace).	
5.	OPTIMIZE THE ROLES AND RESPONSIBILITIES OF HEALTH PROFESSIONALS: ensure physicians are focused on diagnosing and treating illnesses; expand the role of nurses/nurse practitioners and pharmacists to alleviate the pressure on physicians and allow them to spend more time with patients; do a better job of integrating other health professionals (e.g., dietitians, paramedics) into multidisciplinary health teams.	
6.	INTEGRATE ALTERNATIVE OR HOLISTIC PRACTITIONERS INTO THE HEALTH SYSTEM: chiropractors, naturopaths, massage therapists, etc.	

7.	INCENT INDIVIDUALS TO TAKE GREATER RESPONSIBILITY FOR THEIR OWN HEALTH, TO MAKE HEALTHIER CHOICES: create deterrents (taxes, regulations) to making unhealthy choices (junk food, smoking); provide yearly "health status report cards"; provide more information on the true costs of health care.	
8.	CREATE SAFE, SUPPORTIVE AND HEALTH-CONSCIOUS COMMUNITIES: more community-based wellness initiatives, such as programs and resources to encourage the population to be more active (green spaces, cycling paths); address harmful environmental issues (e.g., use of pesticides and other harmful chemicals); consider the unique health needs of those facing specific challenges (e.g., homeless population, those suffering from mental illness or addictions).	
9.	REIN IN THE MOUNTING COST OF MEDICATION: encourage physicians to be more judicious in prescribing medication (and ordering tests) that are costly to the system and to patients. Ensure that cost does not become a barrier to accessing medication when medication is necessary (e.g., catastrophic drug plan). Limit pharmaceutical company influence on physicians and prescriptions. Encourage greater use of generic drugs. Also, seek alternatives to drug-based therapies if other options are available and fund preventive interventions (e.g., quit-smoking aids).	

PARTICIPANT WORKSHEET – ACUTE/SUPPORTIVE CARE

Please circle the two (2) items you would choose to pursue first in order to ensure that New Brunswick's health system meets the needs of citizens and is sustainable over the long term:

1.	MINIMIZE "DISTANCE TO CARE": ensure that the distance one needs to travel to access emergency and acute/specialty care is reasonable; distribute hospitals/clinics/community health centres equitably across the province.	
2.	FACILITATE ACCESS TO SPECIALTY CARE: expand the ways in which one can access specialty care (beyond requiring a referral from a family physician); leverage information technologies to facilitate communications with health care providers (e.g., videoconferencing, tele-health); reduce inefficiencies in the delivery of specialized services (e.g., reducing the amount of time testing equipment sits idle due to lack of personnel; reducing the amount of clerical work required of nurses).	
3.	STRENGTHEN SUPPORTS FOR HOME-BASED CARE: provide more information, training and financial assistance to family caregivers; strengthen the Extra-Mural Program, Tele-Care and other home care programs to support more home-based care, particularly for people suffering from chronic diseases, the elderly and for end-of-life care.	
4.	FULLY INTEGRATE THE MENTAL HEALTH AND PHYSICAL HEALTH SYSTEMS: strengthen mental health care, services and supports and make them an integral part of the health system; ensure mental health services address the needs of vulnerable populations (such as the homeless) as well as addiction issues.	
5.	MAKE THE HEALTH SYSTEM EASIER TO NAVIGATE: provide assistance (e.g., "system navigators", patient advocates, volunteers, peer support workers) and resources (e.g., "care maps") to help patients and families understand what services are available to them and how to best access them; make greater use of electronic health records and <i>One Patient, One Record</i> .	
6.	DEVELOP CHRONIC DISEASE PREVENTION AND MANAGEMENT STRATEGIES OR PROGRAMS: create clinics or programs that target a specific disease or condition and offer, for example, preventive care, education on chronic disease management and the required array of specialized services and supports.	
7.	AUGMENT OUR CAPACITY FOR CARE FOR THE PROVINCE'S AGING POPULATION: make more nursing home beds available to free up hospital beds; ensure that nursing homes provide a safe environment and good quality of life to their residents; provide more community-based wellness programming targeting seniors.	

<p>8. STRENGTHEN OBSTETRICAL/MATERNAL/WOMEN'S HEALTH SERVICES: provide Medicare-funded access to midwifery services and programs for maternal health; and offer wellness programs tailored specifically to the needs of women (e.g., menopause-related information and supports). Although not as frequently mentioned, making abortions accessible also arose in relation to women's health services.</p>	
<p>9. RESPECT PATIENTS' WISHES: whether it be for end-of-life care or with respect to choosing among treatment options (including declining treatment), ensure that patients have sufficient information to make informed decisions and that their wishes are respected.</p>	



APPENDIX F:

EVALUATION SUMMARY

Phase I: Provincial Evaluation Summary Moncton, Bathurst, Edmundston, Saint John

Dialogue Format	Strongly Agree	Agree	Neither	Disagree	Strongly Disagree
The table facilitators were effective.	77.7%	21.3%	0.7%	0.3%	0.0%
The NBHC presentations were informative and helpful.	66.9%	30.5%	2.6%	0.0%	0.0%
There was a good mix of participants at my table.	70.0%	25.7%	4.3%	0.0%	0.0%
The keypad voting gave me a good sense of the perspectives in the room.	83.5%	16.2%	0.3%	0.0%	0.0%

Dialogue Content	Strongly Agree	Agree	Neither	Disagree	Strongly Disagree
The information presented in the participant's Conversation Guide was relevant.	54.4%	44.0%	1.3%	0.3%	0.0%
The dialogue agenda focused on the right topics.	54.2%	40.4%	4.4%	1.0%	0.0%
There was enough time for informed discussion on the strengths and challenges of the health care system.	51.2%	43.3%	4.5%	1.0%	0.0%
The participant's Conversation Guide helped me provide more informed input into this conversation. <i>Moncton: Not Applicable</i>	51.2%	41.6%	6.2%	1.0%	0.0%

Your Experience	Strongly Agree	Agree	Neither	Disagree	Strongly Disagree
I value this opportunity to contribute my perspectives and concerns.	78.5%	21.2%	0.0%	0.3%	0.0%
I was able to gain a better understanding of the views and experiences of other participants.	69.9%	29.3%	0.8%	0.0%	0.0%
I learned a lot about health in NB from this experience.	53.2%	40.0%	6.0%	0.8%	0.0%

Will you attend the next dialogue in Phase II?	Yes	Maybe	No
Participation in Phase II	93.0%	4.5%	2.5%

Phase II: Provincial Evaluation Summary
Moncton, Bathurst, Edmundston, Saint John

Dialogue Format	Strongly Agree	Agree	Neither	Disagree	Strongly Disagree
The table facilitators were effective.	71.1%	26.9%	0.6%	1.4%	0.0%
There was a good mix of participants at my table.	57.0%	36.8%	4.7%	1.5%	0.0%
I felt free to share my opinions.	73.2%	25.3%	1.5%	0.0%	0.0%
The keypad voting exercises were efficient in validating the elements that arose in Phase I.	70.4%	24.8%	3.3%	1.5%	0.0%

Information	Strongly Agree	Agree	Neither	Disagree	Strongly Disagree
The NBHC effectively communicated the objectives of these dialogues as well as how the information collected will be used.	49.5%	47.2%	3.3%	0.0%	0.0%
The Conversation Guide for Phase II responded to the questions and concerns that arose in Phase I.	52.6%	44.0%	2.8%	0.6%	0.0%
The "What We Heard" section of the conversation guide helped me appreciate the key findings of Phase I.	51.7%	45.5%	2.4%	0.4%	0.0%

Your Experience	Strongly Agree	Agree	Neither	Disagree	Strongly Disagree
I appreciate the approach undertaken by the NBHC to engage citizens in a dialogue on our health system.	69.6%	27.2%	2.6%	0.0%	0.6%
In participating, I developed a greater appreciation for the challenges and the compromises that must be made in order to have a citizen-centered health system.	55.5%	39.3%	4.7%	0.0%	0.5%
In participating, I developed a greater appreciation for what citizens can do to ensure their own health and the health of their families.	46.6%	43.0%	9.4%	1.0%	0.0%
I believe that citizens have an important contribution to make regarding decisions on health and should be consulted.	72.0%	28.0%	0.0%	0.0%	0.0%

Phase III: Provincial Evaluation Summary

Fredericton

Please select the Phase II location you participated in.

Moncton: 26.8%

Bathurst: 26.8 %

Edmundston: 14.0 %

Saint John: 32.4 %

Which of the following groups were you recruited to represent here today?

Citizens : 54.0%

Stakeholders: 46.0%

Stakeholder breakdown by category:

Academic:	3.6%	Health and Wellness Manager:	5.5%
Community Group:	19.6%	Government Representative:	14.3%
Public Interest Group:	8.9%	Municipal Representative:	16.0%
Health Professional:	32.1%		

Feedback on Phase III:

Dialogue Format	Strongly Agree	Agree	Neither	Disagree	Strongly Disagree
There was a good mix of participants at my table.	59.2%	33.0%	3.9%	2.9%	1.0%
The keypad voting exercises were efficient in validating the elements that arose in Phase II.	73.0%	23.0%	2.8%	1.2%	0.0%
I felt that my participation provided value to the process.	53.0%	46.9%	0.1%	0.0%	0.0%

Information	Strongly Agree	Agree	Neither	Disagree	Strongly Disagree
The NBHC effectively communicated the objectives of these dialogues as well as how the information collected will be used.	55.8%	44.2%	0.0%	0.0%	0.0%
The "What We Heard" section helped me appreciate the key findings of Phase II.	55.0%	45.0%	0.0%	0.0%	0.0%
"Making Tough Choices" highlighted the benefits, drawbacks and trade-offs to be considered in implementing certain solutions.	41.9%	55.2%	2.9%	0.0%	0.0%

As the NBHC continues to engage citizens in issues relating to health in New Brunswick, we would like to better understand when you want to be engaged and what format you prefer. Please share your opinion on the following:

I would like to participate in:	Very Interested	Interested	Somewhat Interested	Not Interested
A province-wide public conversation with many phases, much like the one we just completed.	50.0%	35.5%	8.8%	5.7%
A one-phase, public dialogue in my community or region about issues that affect my region.	61.8%	27.0%	5.6%	5.6%
A citizen jury or focus group on health.	56.5%	31.7%	7.0%	4.8%
An online discussion.	34.0%	28.4%	20.5%	17.1%
Filling out an online survey or questionnaire.	37.0%	32.6%	17.1%	13.3%
Filling out a mailed-out survey or questionnaire.	36.0%	32.5%	20.9%	10.6%

I would like to participate in an engagement process when:	Very Interested	Interested	Somewhat Interested	Not Interested
Policy-makers need to hear about the experiences of citizens on health issues.	54.4%	33.3%	5.7%	6.6%
There is a need for citizens to debate options on health challenges.	51.7%	33.7%	7.8%	6.8%
Decision-makers want citizens to help them make "tough choices" or "trade-offs" relating to health matters.	51.1%	34.4%	7.9%	6.6%

Citizen Engagement Initiative – Overall Comments

In addition to the specific questions asked on the evaluation forms, a number of comments were left by Phase I and Phase II participants across all dialogue sites. The following is an example of these comments:

- "Excellent day . . . educational . . . diverse people and format . . . Thanks!" *(Translated)*
- "A great deal of time was obviously spent on creating a concise structure."
- "The good organization and adherence to the schedule was much appreciated. The wide range of people at the table proved very interesting." *(Translated)*
- "A better representation of certain marginalized groups would have been better." *(Translated)*
- "Wording of questions sometimes not fully explained. Could have 2 meanings."
- "Presenters were clear & concise."
- "The varied options: brainstorming, pictures, immediate feedback with voting devices was very good."
- "Sometimes topics were redundant. What we identified as problems turned into solutions; but then we had separate discussions on solutions."
- "The questions asked were clear which allowed for clear responses."
- "Most of the information and issues identified date back at least 20 years." *(Translated)*
- "I'm grateful for the opportunity to participate. I learned a lot. It was validating for me to find that my items were welcome."
- "As a manager, I really like to be able to talk with members of the community." *(Translated)*
- "Short on emphasis for mental health. Overall, excellent session."
- "Not a lot of time to explore issues in depth so some were rather superficial."

- "These sessions provided me with a greater understanding/appreciation of the current NB health services situations and challenges."
- "I am a bit cynical because I participated in the Romanow Commission consultations (federal, 2001) and felt that much of today's discussion is re-inventing the wheel. Citizens certainly have a role in conveying their perspective on the system as it exists now and in voicing opinions on what they want to see in the future. We don't, however, have the knowledge to provide specific solutions."
- "I hope the positive elements will be retained and applied." *(Translated)*
- "The statistical portrait was of great use (in fact indispensable) to me." *(Translated)*
- "Showed me the difference between the expectations and perceptions of the general population and those who understand the healthcare sector." *(Translated)*
- "I hope these recommendations will be taken into account." *(Translated)*



APPENDIX G:

List of Figures, Tables and Images

List of Figures

Figure 1	Mandate of the New Brunswick Health Council	1
Figure 2	A Three-Phase Citizen-Engagement Initiative	2
Figure 3	Participant Attrition Rates	6
Figure 4	Ground Rules for Dialogue	9
Figure 5	Distribution of Participants by Perspective (Self-Identified)	11
Figure 6	Distribution of Participants by Age	12
Figure 7	Distribution of Participants by Gender	12
Figure 8	Distribution of Participants by Language	13
Figure 9	Distribution of Participants by Rural/Urban Community (Self-Identified)	13
Figure 10	Access to a Family Doctor	15
Figure 11	Overall Physical Health	16
Figure 12	Overall Mental Health	16
Figure 13	Perceived Influence of the Health Care System on Overall Health	17
Figure 14	Factors Affecting Population Health	17
Figure 15	Factors Having the Greatest Impact on Overall Health	18
Figure 16	Factors Having the Least Impact on Overall Health	18
Figure 17	What Costs Most for the Health Care System	19
Figure 18	Getting Money's Worth in Terms of Health Services in NB	19
Figure 19	Meeting the Needs and Preferences of Individuals and Communities	20
Figure 20	Moncton Session: What You Value Most in an Ideal Health System	21
Figure 21	Bathurst Session: What You Value Most in an Ideal Health System	21
Figure 22	Edmundston Session: What You Value Most in an Ideal Health System	22
Figure 23	Saint John Session: What You Value Most in an Ideal Health System	22
Figure 24	Most Important Value in an "Ideal" Health System	26
Figure 25	Issues on which the Health System Should Focus First	30
Figure 26	Primary Care – Priority Areas for Action	51
Figure 27	Acute/Supportive Care – Priority Areas for Action	59
Figure 28	System-Wide Priority Areas for Action	65

List of Tables

Table 1	Values – Accessibility	23
Table 2	Values – Equity	23
Table 3	Values – Promotion and Prevention	24
Table 4	Values – Quality	24

Table 5	Values – Citizen-Centeredness	25
Table 6	Issues – Accessibility	27
Table 7	Issues – Cost-Funding	27
Table 8	Issues – Promotion and Prevention	28
Table 9	Issues – Optimization	29
Table 10	Issues – Systematic Changes	29
Table 11	Strengths – Our People	31
Table 12	Strengths – Publicly-Funded Health Care	31
Table 13	Strengths – World-Class Services	32
Table 14	Opportunities	32
Table 15	Regular Exercise	44
Table 16	Proper Diet	45
Table 17	Practising Self-Care/Taking Responsibility for One's Health	46
Table 18	Lessening the Use/Consumption of Harmful Substances	46
Table 19	Becoming Health-Conscious/Staying Informed	47
Table 20	Creating Safe and Health-Conscious Communities	47
Table 21	Promote/Educate about Healthy Lifestyle Choices in Schools	47
Table 22	Other	47
Table 23	Possible Actions	49

List of Images

Image 1	Selected by 19% of Participants	33
Image 2	Selected by 16% of Participants	34
Image 3	Selected by 9% of Participants	34
Image 4	Selected by 9% of Participants	34
Image 5	Selected by 8% of Participants	35

Table 5	Values – Citizen-Centeredness	25
Table 6	Issues – Accessibility	27
Table 7	Issues – Cost-Funding	27
Table 8	Issues – Promotion and Prevention	28
Table 9	Issues – Optimization	29
Table 10	Issues – Systematic Changes	29
Table 11	Strengths – Our People	31
Table 12	Strengths – Publicly-Funded Health Care	31
Table 13	Strengths – World-Class Services	32
Table 14	Opportunities	32
Table 15	Regular Exercise	44
Table 16	Proper Diet	45
Table 17	Practising Self-Care/Taking Responsibility for One's Health	46
Table 18	Lessening the Use/Consumption of Harmful Substances	46
Table 19	Becoming Health-Conscious/Staying Informed	47
Table 20	Creating Safe and Health-Conscious Communities	47
Table 21	Promote/Educate about Healthy Lifestyle Choices in Schools	47
Table 22	Other	47
Table 23	Possible Actions	49

List of Images

Image 1	Selected by 19% of Participants	33
Image 2	Selected by 16% of Participants	34
Image 3	Selected by 9% of Participants	34
Image 4	Selected by 9% of Participants	34
Image 5	Selected by 8% of Participants	35





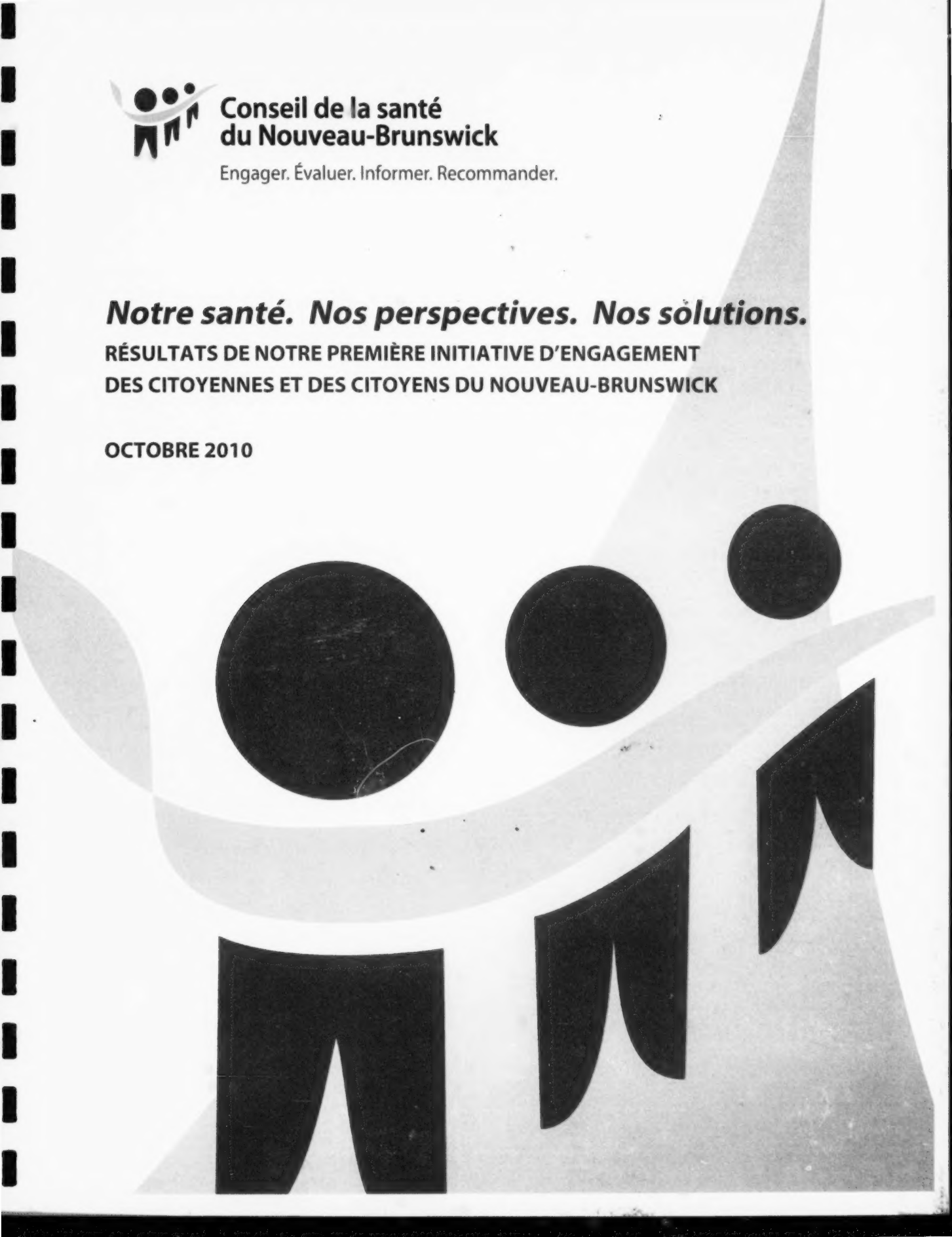
**Conseil de la santé
du Nouveau-Brunswick**

Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions.

**RÉSULTATS DE NOTRE PREMIÈRE INITIATIVE D'ENGAGEMENT
DES CITOYENNES ET DES CITOYENS DU NOUVEAU-BRUNSWICK**

OCTOBRE 2010



Pour plus d'information :

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Pavillon J.-Raymond-Frenette
100, rue des Aboiteaux, bureau 2200
Moncton (Nouveau-Brunswick)
E1A 7R1

Téléphone : 506.869.6870

Télécopieur : 506.869.6282

Sans frais : 1.877.225.2521

www.csnb.ca

Comment citer ce document :

**Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions.*
Résultats de notre première initiative d'engagement des citoyennes et des citoyens du
Nouveau-Brunswick - octobre 2010.**

Cette publication est disponible en anglais sous le titre :

**New Brunswick Health Council, *Our Health. Our Perspectives. Our Solutions.* Results of our
First Engagement Initiative with New Brunswick Citizens - October 2010.**

Ce rapport fut préparé par :

ascentum

pour le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick



TABLE DES MATIÈRES

	Page
Le sommaire exécutif	v
1.0 Introduction	1
1.1 <i>Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions.</i>	2
2.0 La méthodologie	5
2.1 Les objectifs de la phase I	7
2.2 Les objectifs de la phase II	7
2.3 Les objectifs de la phase III	8
2.4 L'accent mis sur le dialogue	9
2.5 Le recrutement des participants	10
3.0 Le profil des participants	13
4.0 La phase I : les perspectives	17
4.1 Les perspectives générales	17
4.2 Les valeurs	22
4.3 Les enjeux	29
4.4 Les forces et les possibilités	35
5.0 La phase II : les solutions	39
5.1 « Image-iner » un système de santé axé sur le citoyen	39
5.2 Où et de qui devrait-on recevoir les soins de santé, les services et les appuis nécessaires	41
5.3 Ce que le système de santé doit faire de plus et ce qu'il doit faire en moins	45
5.4 Promouvoir des choix et des comportements santé	51
6.0 La phase III : les terrains d'entente	57
6.1 Les priorités en matière de soins primaires	58
6.2 Les priorités en matière de soins aigus/de soutien	68
6.3 Les priorités dans tout le système	75
6.4 Les modèles de viabilité et de financement des soins de santé	77

	Page
7.0 Pour la suite des choses : l'engagement du citoyen	79
7.1 Questions réservées à l'engagement des citoyens	79
7.2 Comment et par qui les citoyens devraient être engagés	80
7.3 Les conditions d'un engagement pertinent des citoyens	81
8.0 La conclusion	83
Les annexes	85
Annexe A : Objectifs de recrutement des parties intéressées pour chaque session	85
Annexe B : L'ordre du jour sommaire pour chacune des phases	87
Annexe C : Le profil des participants	93
Annexe D : Les dimensions de la qualité selon le CSNB	101
Annexe E : Feuilles de travail du participant pour la phase III	103
Annexe F : Sommaire des évaluations	107
Annexe G : Liste des figures, des tableaux et des images	115

Le générique masculin est utilisé tout au long de ce document afin d'alléger le texte.



LE SOMMAIRE EXÉCUTIF

Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions. était la première initiative d'engagement du citoyen à grande échelle du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB). Elle avait pour but d'informer le CSNB, lors de l'élaboration de ses recommandations à l'intention des parties intéressées en santé, au sujet de ce que les citoyens estiment être nécessaire de faire pour avoir un système de santé axé sur le citoyen. L'initiative se divisait en trois phases et a été conçue afin d'impliquer les citoyens du Nouveau-Brunswick et les parties intéressées du système de santé dans une discussion sur les valeurs les plus importantes du système de santé et de déterminer ce qu'il faut faire pour l'améliorer et obtenir de meilleurs résultats en santé au niveau provincial.

- **La phase I** visait à fixer les perspectives et les préoccupations des citoyens au sujet de l'état actuel du système de santé au Nouveau-Brunswick tout en établissant ce que les participants croyaient être les plus grandes forces du système de santé et les plus grands enjeux auxquels il est confronté.
- **La phase II** fut orientée vers l'avenir et le but était de préciser quel genre de système de santé les Néo-Brunswickois souhaitent avoir, ainsi que de trouver des solutions possibles aux enjeux identifiés lors de la phase I.
- **La phase III** a fourni l'occasion aux participants de déterminer les priorités communes et les éléments d'une vision commune qui pourraient servir à informer et à guider les responsables lors des prises de décisions et de la définition de politiques.

En tout, 479 participants qualifiés ont confirmé leur participation aux sessions de dialogue de la phase I, et 310 se sont en fin de compte présentés. Parmi ceux-ci, 223 sont revenus afin de participer à la phase II et environ la moitié (111) a participé à la troisième et dernière phase.

Ce rapport présente un aperçu de la méthodologie d'engagement qui a été adoptée dans le cadre de ce projet, de même que le profil des participants et un sommaire de ce qui a été dit au cours des trois phases du processus. Les opinions contenues dans le présent document reflètent celles des participants et ne sont pas les recommandations du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) destinées aux partenaires du système de santé.

Prière de noter que tous les résultats de la phase I ont été validés plus tard par les participants à la phase II, alors que ceux de la phase II l'ont été ensuite par les participants à la phase III.

Principales constatations

Les participants aux trois phases de ce projet ont fourni des commentaires productifs au CSNB. Bien qu'un grand éventail de perspectives ait été proposé, le degré de cohérence des commentaires des participants à chaque lieu de rencontre et tout au long des phases I, II et III, indique un solide consensus à l'échelle provinciale sur de nombreux éléments clés qui, ensemble, forment la base d'une

vision commune en matière de soins de santé au Nouveau-Brunswick. Plus précisément, les participants :

- croient fermement en l'importance de traiter les obstacles liés à la distance, à la langue, au statut socioéconomique et aux coûts afin d'assurer un accès équitable aux services de soins de santé dans toute la province;
- appuient fermement les centres de santé communautaires, les cliniques, la prestation de soins à domicile (par ex. Programme extra-mural), de soins à distance et le service de Télé-Soins comme stratégies permettant de rapprocher les soins de santé des citoyens et de s'assurer que les hôpitaux se concentrent sur leur tâche première : assurer les soins aigus et les soins de soutien, y compris les services d'urgence;
- lancent un appel à un changement fondamental de paradigme en faveur du mieux-être, de la promotion de la santé, de l'éducation en matière de santé et de la prévention des maladies (« il faut soigner la santé plutôt que soigner la maladie ») et ce, en accordant une attention particulière à la réduction de l'incidence des maladies chroniques et à l'encouragement d'une « culture de la santé » dès la plus tendre enfance;
- sont convaincus qu'on doit en faire davantage pour optimiser l'exercice des rôles et des responsabilités à assumer par les professionnels des soins de santé afin que toutes les ressources humaines en santé soient utilisées selon leur pleine capacité, dans le cadre de travail du système de santé publique de la province;
- sont d'avis qu'il importe de reconnaître qu'on peut mieux informer les citoyens au sujet de l'augmentation des coûts des soins de santé et que ces coûts peuvent être contenus grâce à l'amélioration des systèmes et des processus, à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, à un usage plus créatif des infrastructures publiques disponibles et à la réduction des coûts des médicaments;
- appellent à un engagement ferme afin de faire de la santé un bien public apprécié, auquel contribuent de manière importante non seulement les citoyens, mais les communautés également;
- appuient fermement les stratégies qui encouragent et donnent aux citoyens la possibilité d'assumer leurs responsabilités à l'égard de leur propre santé ; et
- apprécient beaucoup l'engagement et la générosité des gens qui font fonctionner le système de santé, soit les travailleurs de première ligne fournissant des soins de santé.

Ce qui suit fournit des renseignements additionnels sur les perspectives et les conclusions exposées par les participants tout au long des trois phases de ce processus.

Phase I : les valeurs

On a demandé aux participants d'exprimer ce qui, pour eux, était le plus important dans un système de santé idéal. Cet exercice a permis d'identifier cinq valeurs principales :

- assurer l'accès aux services de soins de santé;
- offrir des soins et des services équitables à tous;
- faire des investissements en éducation (aux fins d'acquisition de connaissances en santé), en promotion de la santé et en prévention des maladies;

- mettre l'accent sur la qualité (l'efficacité, l'efficience, l'imputabilité et la sécurité); et
- s'assurer que le système de santé soit véritablement axé sur les besoins des citoyens.

Lorsqu'on a demandé aux participants de valider ces valeurs fondamentales (en répondant au moyen de vote par clavier numérique), 90 % d'entre eux ont répondu qu'ils étaient « fortement en accord » ou « en accord » que l'ensemble de ces valeurs reflètent de façon précise ce qu'ils attendent d'un système de santé « idéal ».

Principale constatation :

Une solide conviction de l'importance de traiter les obstacles liés à la distance, à la langue, au statut socioéconomique et aux coûts, afin d'assurer un accès équitable aux services de soins de santé dans toute la province.

On a demandé aux participants d'indiquer laquelle de ces cinq valeurs fondamentales était *la plus importante* selon eux, du point de vue des citoyens du Nouveau-Brunswick. Un pourcentage de 29 % des participants a choisi l'accessibilité, alors que 28 % des participants ont opté pour la promotion de la santé et la prévention des maladies. L'équité s'est classée en troisième place (20 %), bien que plusieurs la considèrent comme une valeur complémentaire et fortement liée à la notion d'accessibilité.

Phase I : les enjeux

Les participants ont identifié ce qu'ils considèrent être les enjeux à traiter en priorité afin de créer le genre de système de santé qu'ils souhaitent pour le Nouveau-Brunswick. Leurs préoccupations ont été regroupées dans les catégories suivantes :

- l'accessibilité aux services de soins de santé;
- les coûts/le financement du système de soins de santé;
- la promotion de la santé et la prévention des maladies;
- l'optimisation des services de soins de santé; et
- les changements que requiert un système de santé axé sur le citoyen.

Au cours de l'exercice de validation, 91 % des participants étaient « fortement en accord » ou « en accord » que ces enjeux dans l'ensemble reflètent les enjeux clés auxquels fait face le système de santé du Nouveau-Brunswick. On a demandé aux participants de préciser les catégories d'enjeux sur lesquelles, à leur avis, le système de santé du Nouveau-Brunswick devait se pencher en premier. Conformément à ce qu'ils valorisent le plus, ils ont accordé la priorité au traitement du problème du manque de promotion de la santé/prévention des maladies (32 %) et à l'accroissement de l'accessibilité aux services de soins de santé (27 %).

Phase I : les forces et les possibilités

Les participants savent reconnaître et apprécier les forces et les succès du Nouveau-Brunswick. Ils notent avec enthousiasme que la plus grande force du système réside chez « *les gens qui font fonctionner le système* ». Ils apprécient également hautement le programme d'assurance-maladie de la province (et l'accès universel aux soins de santé), ainsi que les nombreux services à la fine pointe de la technologie, comme ceux du Programme extra-mural et de Télé-Soins. Enfin, ils soulignent ce qu'ils considèrent comme des occasions clés d'apporter des changements et des améliorations au système de santé du Nouveau-Brunswick : la petite superficie de la province (et la taille de son système de santé) et sa souplesse, l'engagement des citoyens et des parties intéressées face aux changements, ainsi qu'une plus grande concentration et des investissements plus importants dans la promotion de la santé et la prévention des maladies dans le but de réduire le fardeau du système de santé.

Principale constatation :

Un appui ferme à l'égard des centres de santé communautaires, des cliniques, des soins à domicile (par ex. le Programme extra-mural), de Télésanté et de Télé-Soins comme stratégies permettant de rapprocher les soins de santé des citoyens et de s'assurer que les hôpitaux se concentrent sur leur tâche première : fournir les soins aigus et les soins de soutien, y compris les services d'urgence.

Quand on a demandé plus tard aux participants de valider si ces forces et ces possibilités reflètent dans l'ensemble les meilleurs aspects du système de santé du Nouveau-Brunswick, 91 % d'entre eux ont répondu qu'ils étaient « fortement en accord » ou « en accord ».

Phase II : où offrir les soins et les services de soutien

Les participants soulignent que la réponse à cette question est dictée en grande partie par les besoins du patient. Par exemple, ils sont d'avis que les soins aux personnes âgées doivent être offerts à la maison, dans la mesure du possible, ou dans un foyer de soins, si des soins ou services de soutien spécialisés sont requis. Ils croient que les services d'urgence des hôpitaux doivent être disponibles et accessibles pour les soins d'urgences. Ils suggèrent la création de cliniques spécialisées pour appuyer la gestion des maladies chroniques et ce, en dehors du cadre de l'hôpital.

En termes plus généraux, les participants suggèrent que les principes directeurs suivants devraient aider à déterminer où les services en santé et les services de soutien doivent être offerts : offrir les services localement, le plus près possible de la maison, et à la maison, lorsque c'est possible; autrement dit, là où les gens vivent, travaillent et étudient, en utilisant, par exemple, des espaces dans les écoles; faire un plus grand usage des centres de santé communautaires qui sont dotés d'équipes multidisciplinaires intégrées et offrent un éventail de services qui comprennent l'éducation/la promotion de la santé et la prestation de soins préventifs; permettre aux hôpitaux de maintenir leur rôle premier de fournisseurs de soins aigus et de soutien et des services d'urgence; faire un plus grand usage des cliniques et des pharmacies en communauté afin de proposer des services qui n'ont pas besoin d'être offerts dans les hôpitaux et/ou d'accroître l'accessibilité aux services dans les régions rurales.

Dans l'exercice de suivi de validation, 98 % des participants étaient « fortement en accord » ou « en accord » que ces principes, dans l'ensemble, reflétaient de façon précise où les soins de santé et les services de soutien devaient être offerts.

Phase II : par qui les soins de santé et les services de soutien devraient être offerts

Les participants s'attendent à recevoir les soins de santé et les services de soutien dont ils ont besoin de travailleurs de la santé compétents, dûment scolarisés, formés et qualifiés de même que disponibles, accessibles et aptes à communiquer avec eux dans la langue officielle de leur choix (par ex. dans le cas des premiers intervenants comme les services paramédicaux et le personnel infirmier). Ils s'attendent également à être soignés par des professionnels de la santé qui ont du temps à consacrer à leurs patients.

Principale constatation :

Un appel à un changement fondamental de paradigme en faveur du mieux-être, de la promotion de la santé, de l'éducation en matière de santé et de la prévention des maladies (« soigner la santé plutôt que soigner la maladie ») et ce, en accordant une attention particulière à la réduction de l'incidence des maladies chroniques et à l'encouragement d'une « culture de la santé » dès la plus tendre enfance.

De plus, les participants croient que le travail d'équipe et la collaboration parmi les travailleurs de la santé sont essentiels, doivent être encouragés et adéquatement appuyés. On doit optimiser les rôles et les responsabilités du personnel infirmier et autres professionnels de la santé remplissant des fonctions connexes (pharmaciens, ambulanciers paramédicaux, nutritionnistes, diététistes) afin d'alléger les attentes à l'égard des médecins. Les praticiens en santé mentale et ceux spécialisés en médecine holistique/douce doivent faire partie intégrante du système de santé. Et enfin, on doit faire davantage appel aux bénévoles et aux organisations communautaires, surtout dans le cadre de la promotion de la santé/prévention des maladies.

Les participants font état d'un grand besoin quant à une plus grande accessibilité aux professionnels et aux ressources qui peuvent aider les patients à naviguer de façon plus efficace dans le système (à l'aide de cartes de soins, de navigateurs au sein du système). Ils valorisent les services qui permettent aux gens de prendre mieux soin d'eux et de leurs êtres chers à la maison, tout en insistant sur l'importance d'offrir du soutien adéquat aux aidants membres de la famille. Ils notent que les médias ont un rôle important à jouer dans la sensibilisation à l'égard de la santé (aux fins de prévention des maladies chroniques) et des enjeux du système de santé (que sont les coûts), et soulignent que chaque Néo-Brunswickois doit également assumer ses responsabilités quant à sa propre santé.

À nouveau, un pourcentage de 98 % des participants était « fortement en accord » ou « en accord » que les idées exprimées dans l'ensemble reflétaient de façon précise par qui les soins de santé et les services de soutien devaient être offerts.

Phase II : ce que le système de santé devrait faire de plus

Les participants pensent qu'il faut en faire plus afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé, notamment en favorisant une accessibilité plus facile aux spécialistes (par ex. sans référence), en augmentant le temps que les médecins consacrent aux patients, en assurant une répartition plus équitable des cliniques et des professionnels de la santé dans la province, en offrant un plus grand accès aux soins holistiques et de médecine douce (par ex. à ceux donnés par les chiropraticiens et naturopathes) et en mettant à disposition plus d'établissements et de ressources au service de la population vieillissante de la province.

Les participants estiment également que des investissements plus importants doivent être consentis dans la promotion de la santé et la prévention des maladies, y compris l'éducation en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques; dans la création d'une « culture de la santé » dès la plus tendre enfance, notamment grâce au système d'éducation; dans la mise en œuvre d'un plus grand nombre de projets communautaires visant à encourager la population à être active (par ex. l'aménagement d'espaces verts, des pistes cyclables et des jardins communautaires); dans l'instauration de moyens de dissuasion (par ex. taxes ou règlements) à l'égard de choix nocifs (par ex. la cigarette ou la malbouffe); et dans l'application de mesures visant à encourager les gens à assumer leurs responsabilités à l'égard de leur propre santé (par ex. par l'établissement d'une fiche de santé pour chaque citoyen).

Les participants croient qu'un plus grand usage de la technologie de l'information (par ex. le programme *Un patient, un dossier*; la technologie de la télésanté et des vidéoconférences) est indispensable pour réduire les coûts et accroître l'efficacité, tout comme peuvent l'être la consultation de travailleurs de première ligne expérimentés et l'apprentissage auprès d'eux.

Principale constatation :

La conviction qu'on peut en faire davantage pour optimiser les rôles et les responsabilités des professionnels des soins de santé afin de s'assurer que toutes les ressources humaines en santé soient utilisées selon leur pleine capacité dans le cadre de travail du système de santé publique de la province.

Les participants identifient certains services spécifiques qui doivent, à leur avis, être améliorés, notamment les services de santé obstétrique/maternelle/féminine et les services de santé mentale. Ils estiment que des investissements plus importants doivent être consentis dans les services de soutien aux soins à domicile et dans le réseau provincial des centres de santé communautaires; ce sont là des facteurs clés dans la mise en place d'un système de santé plus axé sur le citoyen. Enfin, ils soulignent l'importance d'appuyer le rôle exercé par les communautés et les décisions locales en matière de santé et de prêter attention aux besoins des citoyens les plus vulnérables et privés de leurs droits (par ex. les pauvres et les sans-abris).

Lorsque demandés de valider ces résultats, 96 % des participants étaient « fortement en accord » ou « en accord » que les idées exprimées dans l'ensemble reflétaient de façon précise ce que le système de santé devait faire *de plus*.

Phase II : ce que le système de santé devrait faire en moins

Alors que les participants avaient moins de suggestions à faire à ce sujet, ils ont néanmoins proposé trois messages clairs : moins d'obstacles aux soins, moins de médicaments coûteux et moins d'ingérence bureaucratique et politique.

La réduction des obstacles à l'accessibilité implique le traitement du problème des temps d'attente et également la réduction de la paperasserie dans le système de santé (problème lié notamment au travail clérical exigé du personnel infirmier et aux obstacles bureaucratiques à l'accès aux soins spécialisés et de médecine douce) et de voir à l'importance des facteurs accommodants, comme la langue et la distance/incapacité à se déplacer, pour éviter qu'ils ne soient des obstacles à l'accessibilité.

Contenir les coûts du système de santé est également identifié comme une priorité, qui peut être réalisée, par exemple, en traitant du problème des pertes et du manque d'efficacité dans la prestation des soins de santé et en faisant un plus grand usage des établissements et des infrastructures qui existent (par ex. les écoles). Les participants croient également que les coûts des médicaments doivent être revus (il faudrait limiter l'influence des compagnies pharmaceutiques) et qu'il est urgent de s'assurer que les coûts (par ex. des médicaments et des services) n'empêchent pas les gens de recevoir les soins et les traitements requis.

Enfin, les participants souhaitent moins d'ingérence bureaucratique et politique dans la prestation des soins de santé et les prises de décisions, et affirment : « Nous devons sortir la politique des soins de santé. » Ils font valoir qu'il faut réduire l'influence et l'ingérence politiques dans le processus de prise de décision concernant le système de soins de santé et que l'on doit, par ailleurs, réduire le nombre d'études et de réformes coûteuses tout en suscitant une plus grande collaboration entre les ministères gouvernementaux.

Principale constatation :

La reconnaissance qu'on doit mieux informer les citoyens à l'égard de la croissance des coûts des soins de santé et que ces coûts peuvent être contenus grâce à l'amélioration des systèmes et des processus, à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, à un usage plus créatif des infrastructures publiques disponibles et à la réduction des coûts des médicaments.

Au cours de la phase de validation, 87 % des participants étaient « fortement en accord » ou « en accord » que l'ensemble de ces idées reflétait de façon précise ce que le système de santé devrait faire *de moins*.

Phase II : encourager des habitudes et des choix de vie plus sains

Les participants ont identifié une variété d'incitations et d'appuis qui pourraient être mis en place afin d'encourager les Néo-Brunswickois à adopter des habitudes de vie plus saines. Leurs suggestions portent principalement sur les mesures visant à promouvoir des exercices réguliers (par ex. la mise en œuvre des programmes et la mise à disposition d'infrastructures communautaires) et une alimentation saine (par ex. en subventionnant les produits agricoles organiques cultivés localement, le jardinage et les cuisines communautaires). Ils recherchent également des mesures qui rendraient les communautés plus sécuritaires et soucieuses de leur santé (par ex. rendre les domiciles et les environnements de travail plus sécuritaires et réduire la pollution environnementale) et qui feraient la promotion active de modes de vie sains (par ex. faire plus d'éducation physique et de cours de nutrition dans les écoles, et en donnant des cours sur une alimentation saine dans les écoles ou les communautés).

Principale constatation :

Un engagement ferme afin de faire de la santé un bien public apprécié, auquel contribuent de manière importante non seulement les citoyens, mais également les communautés.

Les participants valorisent également tout moyen qui aiderait les gens à développer une autonomie en matière de santé, à se responsabiliser face à leur propre santé et à s'informer constamment (par ex. des services de conseils en matière de dépendances, un accès régulier à un médecin, des ressources en matière de santé mentale, des récompenses pour ceux qui sont/demeurent en santé).

Enfin, ils appuient l'adoption de mesures permettant de diminuer l'usage/la consommation de substances dangereuses, telle l'augmentation des taxes sur le prix des substances nocives (par ex. le tabac, l'alcool et les boissons énergisantes) pour en dissuader l'usage; la mise en œuvre de plus de programmes d'échanges de seringues; l'ouverture de cliniques de distribution de méthadone, etc.

Lorsqu'on a demandé aux participants de valider ces résultats, 97 % d'entre eux ont répondu qu'ils étaient « fortement en accord » ou « en accord » que l'ensemble de ces idées reflétait de façon précise le genre d'incitations et d'appuis requis afin d'encourager les Néo-Brunswickois à adopter des habitudes et des choix de vie sains.

Phase III : établir les priorités

Dans la troisième et dernière phase de ce processus, on a mis les participants au défi d'entreprendre la difficile tâche d'établir des priorités parmi les nombreuses idées et suggestions qu'ils avaient formulées lors des phases I et II. Afin de les aider à structurer cette tâche, les idées les plus saillantes et qui revenaient le plus souvent ont été regroupées par thème en deux grandes catégories correspondant à des domaines d'action éventuelle – les soins primaires et les soins aigus/de soutien – lesquels ont été soumis aux participants pour étude et établissement de priorités.

Il est important de noter que quelques-unes des idées proposées par les participants ne se retrouvaient sous les catégories soins primaires et soins aigus/de soutien. Cependant, pour les besoins de cet exercice, toutes les idées ont été regroupées dans l'une ou l'autre des catégories, là où elles cadraient le mieux.

Faire des centres de santé communautaires et des cliniques les pièces maîtresses des soins primaires est ressorti comme une priorité évidente en matière de soins primaires. Ceci reflète la solide confiance des participants dans les bienfaits du modèle, qui se traduit par une accessibilité plus équitable aux soins, une plus grande flexibilité dans l'offre et la prestation des services, des gains d'efficacité et des économies de coûts, des soins plus individualisés et personnalisés et des liens plus étroits avec la communauté.

Principale constatation :

Un appui ferme en matière de stratégies qui encouragent et donnent aux citoyens la possibilité d'assumer leurs responsabilités à l'égard de leur propre santé.

La prévention des maladies et la promotion de la santé ont également été des thèmes récurrents tout au long du présent processus, ainsi qu'une priorité évidente en matière de soins primaires. Les participants ont fait valoir avec ferveur qu'un changement de cap dans cette direction est nécessaire si les Néo-Brunswickois veulent maîtriser les coûts des soins de santé et l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques. Comme l'a affirmé un participant : « On doit changer notre système de "soins aux malades" en un système de "soins de santé" ». Les participants ont également réitéré qu'inciter les gens à assumer une plus grande responsabilité à l'égard de leur propre santé est un pilier essentiel à la santé à long terme de la population et à la viabilité à long terme du système de santé.

L'optimisation des rôles et des responsabilités des professionnels de la santé est également perçue comme une condition essentielle pour que les patients reçoivent « *les bons soins, au bon moment, au bon endroit et par le bon professionnel de la santé* ». Les participants estiment qu'une meilleure utilisation des professionnels de la santé traditionnels et de médecine douce ou holistique (par ex. en permettant au personnel infirmier, aux ambulanciers paramédicaux, aux pharmaciens, aux professionnels de la santé mentale, aux sages-femmes, aux naturopathes, aux chiropraticiens et autres de jouer un plus grand rôle au sein du système de santé, grâce au financement de l'assurance-maladie) donnerait aux patients un plus grand éventail de choix et un accès plus facile aux soins, tout en allégeant le fardeau pesant sur le système de santé en général, et notamment sur les médecins.

En ce qui a trait aux soins aigus/de soutien, les participants mettent la priorité sur l'amélioration du soutien des soins à domicile, puis sur l'intégration des systèmes de santé mentale et physique en vue d'augmenter la capacité de prendre soin de la population vieillissante de la province et de mettre au point des stratégies ou des programmes en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques.

Principale constatation :

Une profonde appréciation face à l'engagement et à la générosité des gens qui font fonctionner le système de santé, soit les travailleurs de première ligne qui fournissent des soins de santé.

L'engagement des citoyens

On a demandé aux participants de réfléchir à leur expérience tout au long de ce processus et d'essayer de comprendre ce que « l'engagement des citoyens » signifiait pour eux maintenant. Puis, nous leur avons demandé de penser :

- aux décisions et aux enjeux pour lesquels ils souhaitaient que les citoyens aient leur mot à dire quand il s'agit de la santé et des soins de santé au Nouveau-Brunswick; et
- sur *comment* et *par qui*, ils s'attendaient à être impliqués.

Les participants estiment qu'ils devraient être consultés sur les enjeux courants et émergents qui pourraient toucher directement les citoyens; sur les coûts et le financement du système de santé; sur les décisions concernant les infrastructures importantes; et sur les programmes et les services.

Les participants ont clairement exprimé leur désir de voir le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick poursuivre son mandat d'engagement des citoyens. Ils estiment également que le gouvernement du Nouveau-Brunswick doit également impliquer les citoyens dans les enjeux qui les touchent.

Les participants ont proposé diverses suggestions sur *comment* et *par qui* les citoyens devraient être impliqués : la création de comités de citoyens; participation en ligne; en personne; en collaborant avec des partenaires communautaires; des sondages publics et des référendums sur des enjeux stratégiques pendant les élections.

Les participants ont aussi donné les grandes lignes des conditions rendant possible un engagement significatif des citoyens, à savoir que l'engagement ne devrait pas se limiter à valider des décisions qui ont déjà été prises; que les citoyens devraient être consultés régulièrement et par région; que l'engagement des « citoyens » doit inclure les communautés, puisque les communautés sont les plus près des citoyens et sont les partenaires clés dans la prestation des services sociaux et soins de santé; qu'un engagement significatif exige que les citoyens soient informés, c'est-à-dire qu'on doit non seulement donner la chance aux citoyens d'exprimer leurs opinions, mais aussi de s'assurer qu'ils puissent le faire de façon éclairée et que l'engagement des citoyens doit être un processus ouvert et transparent.

Enfin, bien que les participants valorisent grandement l'engagement des citoyens, ils attirent l'attention sur la nécessité de prendre les décisions lors d'un engagement de citoyens dans le cadre d'une analyse coûts-bénéfices afin de s'assurer que les ressources soient utilisées de la manière la plus judicieuse et efficace possible.

Conclusion

Les participants voient la santé et les soins de santé comme une responsabilité partagée. Ils sont prêts à assumer la responsabilité de leur propre santé, mais s'attendent à ce que le système de santé soit un partenaire qui travaille avec eux et qui « *enlève la politique des soins de santé* ». Comme l'affirme un participant au cours de la dernière session de dialogue qui a eu lieu à Fredericton : « *Comme ministre de la Santé d'un jour, je convoquerais une réunion avec les ministères de l'Éducation, de la Sécurité publique et de la Santé [afin de collaborer aux] projets proposés. [...] Le ministère de la Santé ne peut pas et ne devrait pas agir seul. Nous devons trouver de l'argent pour lancer ces projets. Tous les ministères doivent être imputables et nous économiserons de l'argent à long terme. [...] Repoussons les limites un peu plus loin* ».

Le message des participants est clair et simple : les citoyens, les communautés et les partenaires du système de la santé ont tous un rôle à jouer afin de garantir aux Néo-Brunswickois les meilleurs résultats possibles en matière de santé.

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick tient à remercier tous les participants pour le temps et l'énergie qu'ils ont investis, pour l'intensité de leur engagement et pour la générosité de leurs contributions.



1. INTRODUCTION

Fondé lors de la réforme en santé de 2008, le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) est une organisation indépendante et objective ayant pour mandat de mesurer, de surveiller et d'évaluer la santé de la population, ainsi que la livraison des services de santé dans la province du Nouveau-Brunswick. À ce titre, il est responsable de présenter régulièrement de l'information exacte à propos de l'état de santé de la province et de la performance du système de santé, puis d'offrir des recommandations au ministre de la Santé. Par ailleurs, la création du CSNB a été basée sur la reconnaissance du fait que les citoyens représentent les intervenants les plus importants du système de santé. Cela dit, l'organisation a pour mandat de faire de l'engagement du citoyen un pilier important dans la réalisation de ses travaux en engageant les Néo-Brunswickois dans un dialogue significatif dans le but d'améliorer les services de soins de santé.

Figure 1 : Le mandat du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

La population du Nouveau-Brunswick a le droit de connaître les décisions prises, de faire partie du processus décisionnel, et de connaître les résultats livrés par le système de santé et ses coûts. Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick encouragera cette transparence, cet engagement et cette responsabilité en :

- **Engageant la population dans un dialogue significatif.**
- **Mesurant, surveillant et évaluant la santé de la population et la qualité des services en santé.**
- **Informant la population sur l'état de la performance du système de santé.**
- **Recommandant des améliorations aux partenaires du système de santé.**

Une philosophie et une approche axées sur le citoyen

L'engagement du citoyen est une façon pour les gens d'avoir leur mot à dire dans la réalisation des politiques publiques. Cela demande que les citoyens soient informés des défis, et qu'on leur offre des occasions de partager leurs points de vue. Cela demande aussi que les gouvernements soient ouverts et attentifs à la voix des citoyens.

Pour le CSNB, le processus d'engagement du citoyen prend forme, d'une part en faisant rapport à la population du Nouveau-Brunswick concernant la performance du système de santé et d'autre part, en allant chercher l'opinion informée des gens pour mieux encadrer les politiques publiques qui guident le système de santé et qui ont un effet sur la santé de la population.

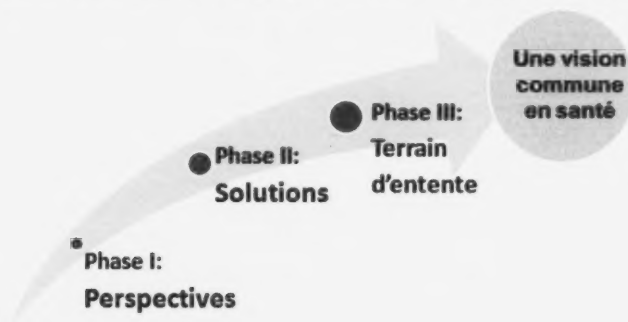
1.1 Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions.

En 2008, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a publié le *Plan provincial de la santé 2008-2012*, dans lequel le besoin de transformer le système de santé actuel vers « un système de santé axé sur le citoyen » est clairement mentionné, c'est-à-dire :

« [Un système qui répond] aux besoins et aux préférences des particuliers et des collectivités, plutôt [que de] s'attendre à ce que les gens s'adaptent à ce que le système leur offre.»¹

Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions. est la première initiative d'envergure d'engagement du citoyen du CSNB. Elle avait pour objectif d'informer le CSNB dans l'élaboration de recommandations à l'endroit des partenaires du système de santé au sujet de ce que les citoyens considèrent comme nécessaire pour mettre en application cette notion de système de santé axé sur le citoyen. Il s'agissait d'un processus en trois phases impliquant les citoyens du Nouveau-Brunswick et les parties intéressées en santé à s'engager dans une discussion sur ce qu'ils valorisent le plus à propos du système de santé du Nouveau-Brunswick et comment le système peut-il être amélioré et ce qui peut être fait pour améliorer les résultats en matière de santé dans la province.

Figure 2 : Une initiative d'engagement du citoyen en trois phases



- **Phase I :** La phase I a mis l'accent sur l'exploration des perspectives et des préoccupations des citoyens concernant l'état actuel du système de santé tout en faisant ressortir ce que les participants considèrent comme étant les plus grandes forces et les enjeux les plus importants du système.
- **Phase II :** La phase II fut l'occasion de faire l'exercice d'une projection future permettant d'imaginer quel genre de système de santé les Néo-Brunswickois souhaitent avoir et de trouver des solutions viables aux enjeux identifiés lors de la phase I.

¹ Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick : le Plan provincial de la santé 2008-2012*, avril 2008, p.10.

- **Phase III :** La phase III a été l'occasion pour les participants d'identifier les priorités communes et les éléments d'une vision commune qui pourraient servir à informer et à guider les responsables lors de la prise de décision et de la définition de politiques.

Le CSNB reconnaît que les citoyens veulent faire partie du processus décisionnel qui influence les politiques publiques et croit qu'ils peuvent contribuer grandement à la mise en place de solutions viables. Les résultats de ce processus permettront alors au CSNB d'élaborer des recommandations à l'intention du gouvernement et des autres partenaires du système de santé.

Ce rapport présente un aperçu de la méthodologie d'engagement qui a été adoptée dans le cadre de ce projet, un profil des participants et un sommaire de « ce que les participants ont dit » au cours des trois phases du processus. Les opinions contenues dans le présent document reflètent celles des participants et ne sont pas les recommandations officielles du CSNB aux partenaires du système de santé.

2. LA MÉTHODOLOGIE



L'approche en trois phases du CSNB a rassemblé un amalgame de citoyens et de parties intéressées et a été conçue dans le but de leur donner la chance de s'engager dans un processus « itératif » d'apprentissage et de dialogue; inviter les mêmes personnes à participer aux multiples sessions de dialogue leur permettaient d'approfondir au fur et à mesure leurs connaissances des enjeux, de réfléchir à ce qu'ils entendaient entre les phases, puis d'intégrer ce qu'ils entendaient, et ainsi proposer des perspectives mieux informées tout au long des dialogues.

Le CSNB a choisi quatre sites de dialogue pour la phase I et la phase II, et ce, dans les quatre coins du Nouveau-Brunswick : Moncton, Bathurst, Edmundston et Saint John. Nous avons sélectionné ces endroits pour nous assurer que tout Néo-Brunswickois puisse participer au dialogue sans avoir à se déplacer sur plus de 200 kilomètres.

Notre objectif était de recruter 125 participants pour chaque dialogue de la phase I. La moitié d'entre eux serait composée de citoyens choisis au hasard², alors que l'autre moitié serait composée de parties intéressées qui travaillent dans différentes composantes du système de santé ou qui y exercent une influence. Parmi ces groupes, il y a les groupes de défense d'intérêt public et communautaire, les gestionnaires en santé et en mieux-être, les universitaires, les professionnels de la santé, les représentants du gouvernement provincial et les élus municipaux (*on trouvera une description détaillée des objectifs de recrutements des parties intéressées à l'annexe A*).

Lors de la phase II, chaque groupe s'est réuni à nouveau au même endroit pour une autre journée de dialogue afin de continuer à travailler ensemble. La phase III proposait un dialogue provincial qui a eu lieu à Fredericton, où il y avait 200 participants choisis parmi les participants des quatre endroits des phases I et II.

En dépit des efforts consentis lors de la phase de recrutement, l'objectif initial de 125 participants par session de dialogue de la phase I (pour un total de 500 participants) n'a pas été atteint. Obtenir ce nombre de participants à chaque session de dialogue s'est avéré un défi, malgré les plus de 38 000 appels téléphoniques qu'ont faits la firme de recrutement auprès de participants potentiels.

En tout, 479 participants qualifiés ont confirmé leur participation aux dialogues de la phase I, et 310 se sont présentés en fin de compte. De ceux-ci, 223 sont revenus afin de participer à la phase II, et environ la moitié (111) a assisté à la troisième et dernière phase.

Le défi du recrutement s'est aggravé à cause du taux d'abandon des participants (le pourcentage des participants qui avaient confirmé leur présence et qui ne se sont pas présentés au dialogue). C'était particulièrement vrai pour la phase I où, en moyenne, un tiers des citoyens qui avaient confirmé leur

² La sélection au hasard des participants a été faite par une tierce partie, *Bristol Omnifacts*.

présence ne s'est pas présenté à l'événement. Par ailleurs, le taux d'abandon parmi les parties intéressées qui avaient confirmé leur présence a été beaucoup moins élevé, s'établissant en moyenne à environ 3 %.

Bien que le taux d'abandon lors de la phase I puisse paraître élevé, cela n'est pas rare dans le cadre de projets d'engagement des citoyens. Dans le cas présent, il peut être attribué à une combinaison de facteurs :

- le CSNB est une organisation relativement nouvelle;
- aucuns honoraires (ou autres incitatifs) n'ont été offerts aux participants; et
- bien que les sessions de fin de semaine soient plus accessibles aux personnes qui travaillent, il existe toujours un risque qu'elles décident à la dernière minute de simplement passer leur samedi à faire autre chose.

La stratégie la plus efficace pour contrer ce type d'abandon est de recruter plus de personnes que requises, c'est-à-dire de confirmer un plus grand nombre de participants qualifiés que ce qui est requis en réalité (soit de 25 % à 30 % de plus), une stratégie qui a été tentée sans succès dans le présent cas.

Quoi qu'il en soit, tel que décrit à la **figure 3**, le taux proportionnellement élevé d'abandon lors de la phase I a diminué de façon importante lors de la phase II et de la phase III, pour équivaloir au taux d'abandon des parties intéressées – un témoignage de l'engagement des citoyens participants à l'égard du processus, une fois qu'ils se sont investis dans cette démarche.

Figure 3 : Les taux d'abandon des participants

Catégorie	Phase I	Phase II	Phase III
Citoyens	32 %	11 %	3 %
Parties intéressées	3 %	10 %	3 %

Le programme a été préparé par *Ascentum Inc.*, avec la collaboration du CSNB, et comprenait un amalgame de sessions d'apprentissage, de petits groupes de travail assistés, de partage de perspectives en séance plénière et de vote par clavier numérique.³ Les animateurs de groupe étaient assignés à chaque groupe et responsables de faciliter la discussion de groupe, de prendre des notes et d'assurer que les citoyens et les parties intéressées aient tous la même occasion de partager leurs opinions.⁴

³ Le vote par clavier numérique est une technologie interactive qui permet aux participants de choisir une réponse préférée à une question de choix multiple qui est projetée à l'écran, et qui offre ensuite instantanément, un graphique illustrant la distribution des réponses du groupe.

⁴ Pour chaque session, les animateurs ont été formés et recrutés par *Ascentum, Inc.*

2.1 Les objectifs de la phase I

Le but de la première série de dialogues était d'impliquer les Néo-Brunswickois dans une discussion éclairée sur l'état actuel de la santé et du système de santé au Nouveau-Brunswick. Pour s'y préparer, les participants ont reçu un **Guide de conversation du participant** préparé par le CSNB. Il donnait un aperçu du projet, expliquait les objectifs de la phase I et fournissait des renseignements de base détaillés sur le système de santé au Nouveau-Brunswick. Les participants ont été invités à participer à la phase I des trois façons suivantes.

- **En apprendre davantage sur la santé de la population au Nouveau-Brunswick et sur le système de santé :** le CSNB a fait deux présentations. La première offrait un bref survol du secteur de la santé au Nouveau-Brunswick, dont les frais liés à la livraison des services de soins de santé au Nouveau-Brunswick. La deuxième présentation touchait les différents facteurs qui doivent exister afin qu'une population soit en santé, puis décrivait comment notre province se compare quant aux autres juridictions canadiennes. On a demandé aux participants de partager leur perspective (par moyen de vote par clavier numérique) sur un ensemble de questions générales portant sur la santé et les soins de santé du Nouveau-Brunswick.
- **Partager leurs idées sur ce qu'ils pensent être les valeurs les plus importantes du système de santé au Nouveau-Brunswick :** à partir de leur expérience personnelle et de ce qu'ils ont vu dans leur collectivité, nous avons demandé aux participants d'identifier ce qui, pour eux, était le plus important dans un système de soins de santé « idéal ». Lors d'un autre exercice, nous leur avons demandé d'identifier ce qu'ils croyaient être les principales forces du système de santé de la province.
- **Identifier les questions qui, selon eux, sont les plus urgentes :** puisque la province n'a pas des ressources infinies pour répondre à tous les défis du système de santé, nous avons demandé aux participants d'identifier les questions qui leur semblaient les plus urgentes dans celles qui touchent le système de santé au Nouveau-Brunswick.

Chaque dialogue de la phase I a eu lieu un samedi, de 9 h 30 à 16 h, et les sessions ont eu lieu à Moncton, à Bathurst, à Edmundston et à Saint John. Les participants étaient dirigés vers une table à leur arrivée, et ce, selon leur langue et leur perspective : les discussions aux tables se déroulaient en français ou en anglais et, dans la mesure du possible, chaque table regroupait une combinaison égale de citoyens et de parties intéressées. L'interprétation simultanée était disponible à tous les sites pour les présentations et les discussions en séance plénière.

Vous trouverez à l'annexe B des renseignements additionnels sur l'ordre du jour de la phase I, les dates, et les endroits où se sont tenues ces sessions.

2.2 Les objectifs de la phase II

Tous les participants de la phase I ont été invités à revenir au même endroit (Moncton, Bathurst, Edmundston ou Saint John) pour assister au dialogue de la phase II. À nouveau, ces sessions ont

duré toute la journée, de 9 h 30 à 16 h le samedi, et ont fait place à un amalgame de sessions plénières et de petits groupes de travail assistés.

Les dialogues de la phase II comportaient deux objectifs :

- **valider les résultats de la phase I et en établir les priorités** parmi les thèmes clés qui sont ressortis sur le plan provincial, en ce qui a trait à ce que les citoyens valorisent le plus dans le cadre d'un système de santé « idéal », aux enjeux prioritaires à traiter et aux forces clés du système de santé; et
- obtenir des commentaires sur les façons clés par lesquelles **le système de santé et les citoyens individuels** peuvent aider à favoriser un meilleur état de santé parmi la population du Nouveau-Brunswick.

Le **Guide de conversation de la phase II** a fourni aux participants un sommaire détaillé des résultats de la phase I, en plus de renseignements additionnels sur le système de santé en réponse aux questions spécifiques soulevées par les participants à la phase I.

Nous avons utilisé le vote par clavier numérique afin de donner priorité aux résultats de la phase I et de les valider, puis nous avons mis au point divers exercices en petits groupes afin de permettre aux participants d'explorer trois questions axées sur les objectifs :

- Quelles sont les qualités ou les caractéristiques d'un système de santé « axé sur le citoyen »?
- Comment le *système de santé* aide-t-il les citoyens et leur famille à être en meilleure santé?
- Que peuvent faire les *citoyens* pour s'aider, ainsi qu'aider leur famille à être en meilleure santé?

Vous trouverez à l'annexe B des renseignements additionnels sur l'ordre du jour de la phase II, les dates, et les endroits où se sont tenues ces sessions.

2.3 Les objectifs de la phase III

La troisième et dernière phase de ce projet a consisté en une session unique d'une journée (de 9 h 30 à 16 h), qui a eu lieu à Fredericton. Un total de 111 participants étaient présents et tous avaient participé aux phases I et II.

Les objectifs de la phase III visaient à :

- **revoir et valider** les résultats de la phase II (par ex. où et de qui souhaite-t-on recevoir les appuis et les services de soins de santé; ce que le système de santé devrait faire de plus et en moins);
- **relier** les idées générées au cours des phases I et II aux divers secteurs du système de santé; et
- **établir des priorités** dans les domaines d'action potentiels (selon les résultats des phases I et II), en vue de répondre aux besoins et aux attentes des Néo-Brunswickois et d'assurer la viabilité du système de santé à long terme.

Afin d'alimenter leurs conversations, nous avons remis aux participants de la phase III un sommaire des résultats de la phase II, en plus d'une copie du *Plan de santé du Nouveau-Brunswick 2008-2012*. Nous avons présenté les faits saillants du Plan de santé provincial au cours de la séance d'ouverture pour informer les participants et mettre en contexte les discussions subséquentes sur les priorités. Nous avons également utilisé le vote par clavier numérique pour valider les résultats de la phase II.

Alors que les deux phases précédentes avaient été de nature plus *générationnelle* – axées sur un partage des perspectives et génératrices d'idées – la phase III visait à être plus *délibérative*. Les processus délibératifs sont conçus pour permettre aux participants d'évaluer diverses options; d'en soupeser les avantages, les inconvénients et les compromis respectifs; et de faire ce qui sont souvent des choix difficiles entre les options, en fonction à la fois de ses valeurs personnelles, et de l'appréciation rationnelle des enjeux en question.

À cette fin, les idées les plus saillantes et les plus fréquemment soulevées recueillies lors des phases I et II ont été regroupées par thème et soumises aux participants sous forme d'une liste de 18 domaines d'action potentiels visant à renforcer le système de santé du Nouveau-Brunswick et à en faire un système de santé plus axé sur le citoyen. La moitié de ces domaines d'action portait sur les soins primaires, alors que les autres concernaient les soins aigus/de soutien.⁵ Grâce aux réflexions individuelles, au travail en petits groupes, au vote par clavier numérique et au vote par point de couleurs, nous avons demandé aux participants d'imaginer qu'ils étaient ministre de la Santé d'un jour et d'identifier les domaines d'action qu'ils prioriseraient pour l'avenir. Nous avons précisé deux critères de décision pour les aider à faire leurs choix :

- faire des choix qui répondent aux besoins et aux attentes des Néo-Brunswickois (comme cela a été énoncé lors des phases I et II de ce processus); et
- faire des choix qui aideront à assurer la viabilité à long terme du système de santé du Nouveau-Brunswick.

Vous trouverez à l'annexe B des renseignements additionnels sur l'ordre du jour de la phase III, la date et l'endroit où s'est tenue cette session.

2.4 L'accent mis sur le dialogue

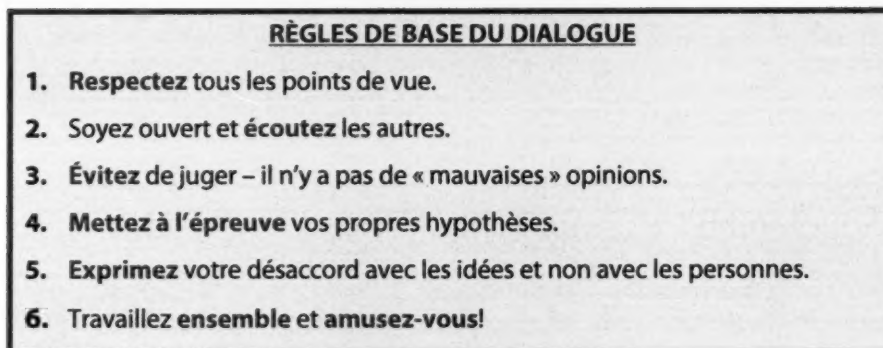
Le CSNB a placé une grande importance sur la notion de dialogue tout au long de ce processus. Nous avons rappelé aux participants que le but du dialogue est de travailler ensemble à explorer et à comprendre des opinions différentes. Plutôt que de créer un « gagnant » et un « perdant », le dialogue se concentre sur l'établissement de terrains d'entente.

⁵ Il est important de noter que quelques-unes des idées mises de l'avant par les participants ne concernaient ni les soins aigus/de soutien ni les soins primaires. Cependant, pour les besoins de cet exercice, toutes les idées ont été regroupées dans l'une ou l'autre des catégories, là où elles convenaient le mieux.

C'est ainsi que nous avons fréquemment rappelé aux participants qui n'y avait pas de « bonnes » ni de « mauvaises » réponses, mais seulement des expériences et des opinions individuelles qui ont le même poids et la même légitimité aux yeux du CSNB.

Pour appuyer cela, nous avons souligné « Les règles de base du dialogue » (voir **figure 4**) au début de la journée, et les avons placées au centre de chaque table.

Figure 4 : Les règles de base du dialogue



De plus, si les participants souhaitaient soulever des sujets qui ne faisaient pas partie de la discussion ou s'ils souhaitaient obtenir des réponses à des questions précises, ils pouvaient écrire leurs commentaires ou leurs questions en tout temps sur des feuillets autocollants et les placer au « **stationnement** ». Les feuillets placés au « stationnement » étaient recueillis à la fin de chaque session pour être inclus dans l'analyse des données. De plus, les participants pouvaient indiquer leur nom et le numéro de leur table afin de permettre à un membre de l'équipe du CSNB de faire le suivi avec eux au cours de la journée et/ou indiquer leur numéro de téléphone ou leur adresse de courriel pour permettre un suivi après l'événement.

2.5 Le recrutement des participants

Comme nous l'avons noté plus haut, les **citoyens participant** à chacune des sessions de dialogue ont été recrutés au hasard par une entreprise de recherche sur l'opinion publique de tierce partie. Les critères de recrutement ont été conçus afin de mettre sur pied un échantillon qui reflète la population du Nouveau-Brunswick en ce qui a trait à ses caractéristiques démographiques : l'âge, le genre, la langue, l'éducation, la situation d'emploi, le statut familial et le revenu. Nous avons communiqué avec les participants potentiels par téléphone et les avons sélectionnés selon ces critères. S'ils répondaient aux critères de recrutement et étaient prêts à s'impliquer dans une participation aux dialogues des phases I et II dans leur région, nous communiquions à nouveau avec eux au cours de la semaine précédant la tenue de la phase I pour reconfirmer leur participation.

C'est le CSNB qui a mené le recrutement des **parties intéressées**, avec l'aide de l'entreprise *Bristol Omnifacts*. Vous retrouverez à **l'annexe A** une description détaillée des catégories des parties intéressées et des objectifs de recrutement.

Les efforts de recrutement ont été appuyés par une campagne média du CSNB, qui comprenait la distribution de communiqués de presse, la publicité dans les journaux locaux et les stations de radio locales, puis des entrevues à la demande des médias. Les participants n'ont pas reçu d'honoraires; cependant, les participants pour lesquels des préoccupations financières représentaient un obstacle à leur participation ont eu droit à un remboursement de la part du CSNB. De plus, tous les efforts ont été consentis afin de répondre aux besoins des personnes ayant une incapacité ou en situation spéciale.

Bien que les dialogues des phases I et II aient eu lieu dans les quatre coins de la province, tous les Néo-Brunswickois ont eu une chance égale d'être choisis au hasard afin de participer à la session qu'ils estimaient leur convenir le mieux.

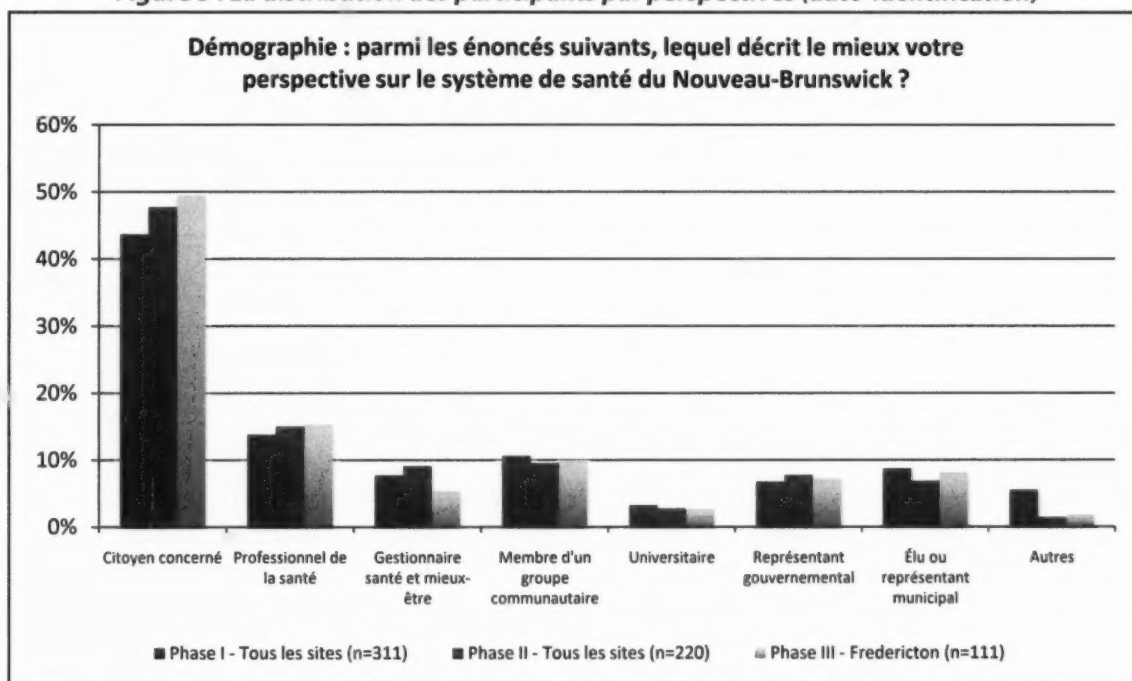
3. LE PROFIL DES PARTICIPANTS



Comme nous l'avons mentionné plus haut, un total de 479 participants qualifiés ont confirmé leur participation aux dialogues de la phase I, et 310 y ont participé en fin de compte. De ceux-ci, 223 sont revenus participer à la phase II, et environ la moitié de ce nombre (111) a assisté à la troisième et dernière phase (voir l'**annexe C** pour un profil complet des participants).

La composition finale des participants à chaque session de dialogue, et dans toutes les sessions de dialogue, a finalement reflété l'équilibre désiré entre les perspectives citoyennes et celles des parties intéressées, avec une proportion moyenne de citoyens qui a augmenté de 44 % lors de la phase I, à 50 % lors de la phase II.⁶ La composition et le profil des parties intéressées ont été plutôt stables tout au long des trois phases (voir la **figure 5**).

Figure 5 : La distribution des participants par perspectives (auto-identification)



⁶ Le profil démographique présenté dans ce chapitre est fondé sur les résultats de vote par clavier numérique, et illustre alors comment les participants ont répondu individuellement à chaque question. Il faudrait également remarquer que l'échantillon varie entre les questions si les participants choisissent de répondre ou non.

Comme l'illustrent les graphiques qui suivent, la participation s'est avérée diversifiée en termes d'âge, de genre et de langue, ce qui reflète plutôt bien le profil provincial.

- Les groupes d'âges de 45-54 ans, de 55-64 ans et de 65-74 ans étaient surreprésentés, alors que les groupes plus jeunes et plus âgés étaient sous-représentés, ce qui a été porté à l'attention des participants à chaque session, afin de les amener à penser non seulement à leurs propres besoins et expériences, mais également à ceux des personnes qui ne se trouvaient pas dans la salle.
- L'équilibre hommes-femmes penchait en faveur des femmes (près de 60 % de femmes).
- Environ un tiers (35 %) des participants s'identifiait comme francophones, et la moitié (50 %) comme anglophones. Les autres 15 % des participants ont indiqué qu'ils parlaient français et anglais à la maison.

Figure 6 : La distribution des participants selon le groupe d'âge

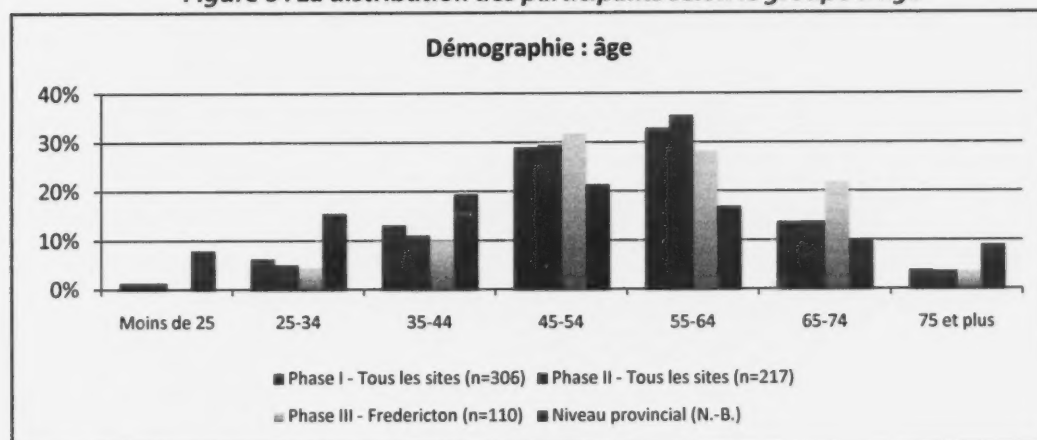


Figure 7 : La distribution des participants selon le genre

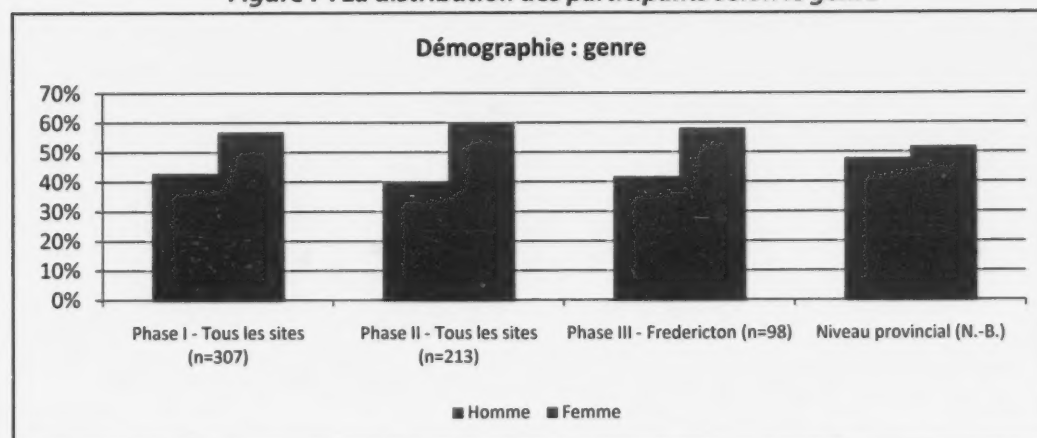
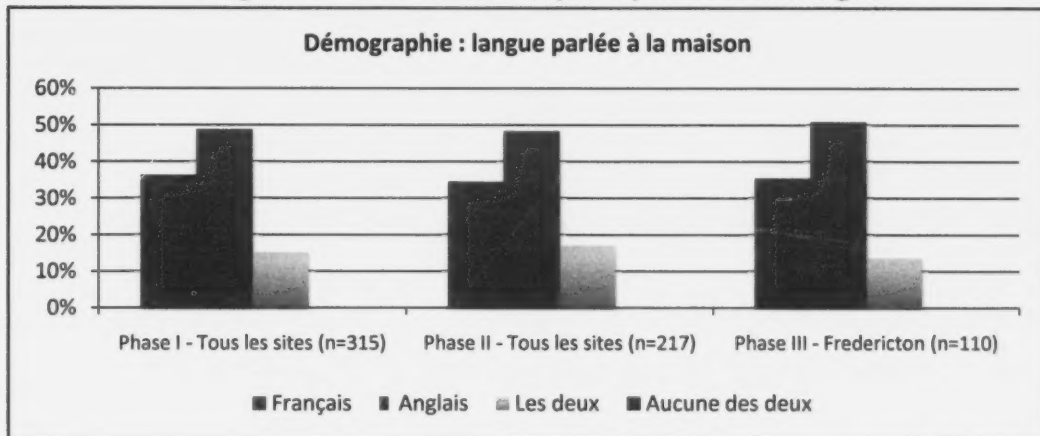
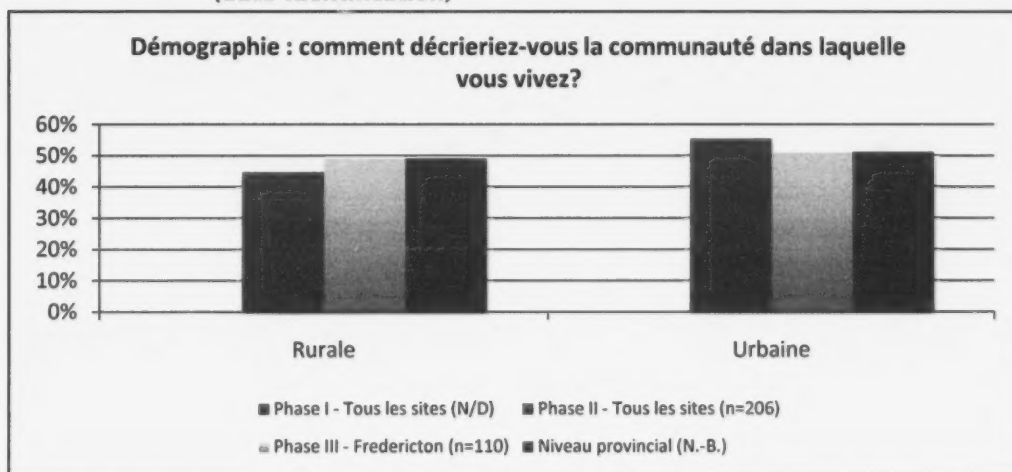


Figure 8 : La distribution des participants selon la langue



La vaste majorité des participants à chaque session de dialogue était de la région, ce qui veut dire qu'ils ont participé à la session la plus près de leur domicile. De plus, l'équilibre rural/urbain reflétait le profil provincial.⁷

Figure 9 : La distribution des participants par communauté rurale/urbaine (auto-identification)



⁷ Au Nouveau-Brunswick, selon les définitions de Statistique Canada (*Statistique Canada, le Catalogue en ligne 92-591-XWE (2006), [en ligne], de <http://www.statcan.gc.ca>*), 51 % de la population est urbaine (elle comprend des régions urbaines plus grandes et plus petites). Les plus grandes régions urbaines comprennent seulement Moncton (et les régions avoisinantes) et Saint John (et les régions avoisinantes), étant donné que les deux ont une population supérieure à 100 000. Les régions urbaines plus petites comprennent Tracadie-Sheila, Oromocto, Shediac et Sackville, pour n'en nommer que quelques-unes. Elles ont une densité de population supérieure à 400 personnes par kilomètre carré. Le reste de la population du Nouveau-Brunswick, 49 %, est considérée comme étant rurale, ainsi Rogersville, Saint-Leonard et Dalhousie.

Cependant, à l'avenir, le CSNB s'efforcera de s'assurer que ses projets d'engagement de citoyens comprennent des stratégies qui assureront une représentation adéquate des groupes de citoyens vulnérables ou difficiles à joindre. Ils ont été sous-représentés au cours du processus et comprennent les jeunes, les groupes ethnoculturels, le peuple autochtone, les minorités linguistiques et les personnes ayant une incapacité physique et/ou troubles de santé mentale.



4. LA PHASE I : LES PERSPECTIVES

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les quatre sessions de dialogue de la phase I se sont concentrées sur l'exploration des perspectives et des préoccupations générales des citoyens en ce qui a trait à l'état actuel du système de santé du Nouveau-Brunswick. De façon plus spécifique, nous avons confié aux participants la tâche d'identifier ce qu'ils valoriseraient le plus dans un système de santé « idéal », ce qu'ils estiment être les enjeux les plus importants du système de santé actuel, et ce qu'ils estiment être les plus grandes forces et les plus grandes possibilités du système de santé.

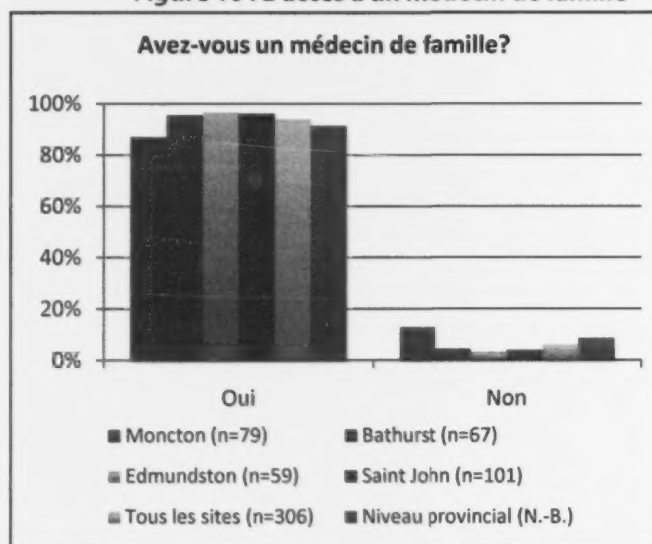
4.1 Les perspectives générales

Nous avons utilisé le vote par clavier numérique pour sonder les perspectives des participants sur quelques questions générales.⁸ Elles avaient pour but d'aider à mettre en contexte les commentaires des participants au cours des sessions de discussion et de fournir un aperçu additionnel des perspectives générales sur le système de santé du Nouveau-Brunswick.

4.1.1 L'accès à un médecin de famille

La grande majorité des participants (plus de 95 % dans toutes les sessions de dialogue, sauf à Moncton où le taux a été de 87 %) ont indiqué avoir un médecin de famille. Ceci démontre une performance plus élevée que la moyenne au Nouveau-Brunswick en comparaison avec le reste du Canada (la moyenne provinciale étant 91 %).

Figure 10 : L'accès à un médecin de famille



⁸ Plusieurs des questions soumises au vote par clavier numérique ont été reformulées ou remplacées pour y ajouter de la clarté et de la pertinence, à la suite de la session de dialogue de Moncton. À cet égard, certains résultats du vote ne sont pas disponibles pour Moncton.

4.1.2 L'influence du système de santé sur la santé globale physique et mentale

Nous avons demandé aux participants d'autoévaluer leur **condition physique générale** et leur **santé mentale générale**. Au Nouveau-Brunswick, la moyenne de ceux qui estiment que leur condition physique générale est « excellente » ou « très bonne » est de 55 %, selon l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes. Elle se compare aux réponses des participants de la phase I, dans l'ensemble, à 50 %. Les réponses à cette question varient selon les régions : les pourcentages ont été les plus bas à Bathurst, à 40 %, ont augmenté à 52 % à Edmundston et ont culminé à 57 % à Saint John (les données ne sont pas disponibles pour Moncton).

Dans l'ensemble, les participants ont eu tendance à évaluer leur état de santé de façon plus positive. Il est intéressant de noter que même si les participants de Bathurst ont évalué leur condition physique générale au plus bas parmi les sessions, ils évaluent leur santé mentale au plus haut, alors que 83 % des répondants estiment qu'elle est « excellente » ou « très bonne ». À Edmundston et à Saint John, cette note est de 76 %. À nouveau, cela se compare à la moyenne provinciale de 71 %, selon l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de 2008.

Figure 11 : La santé physique globale

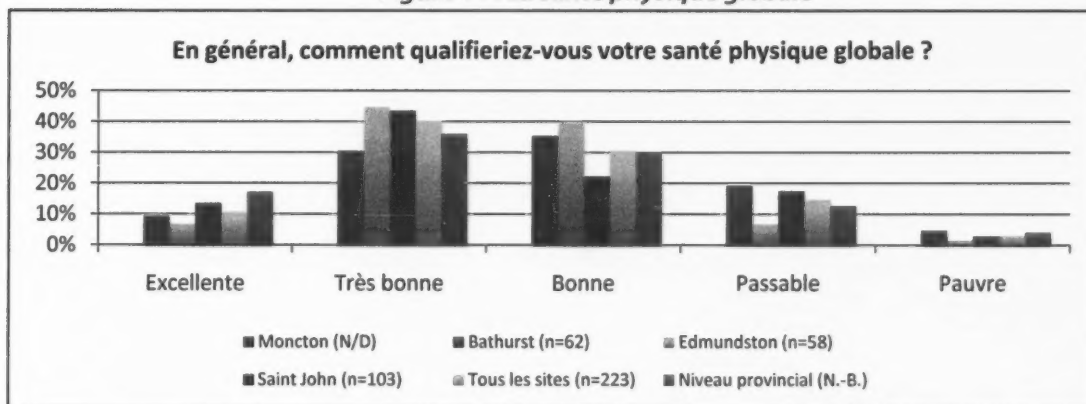
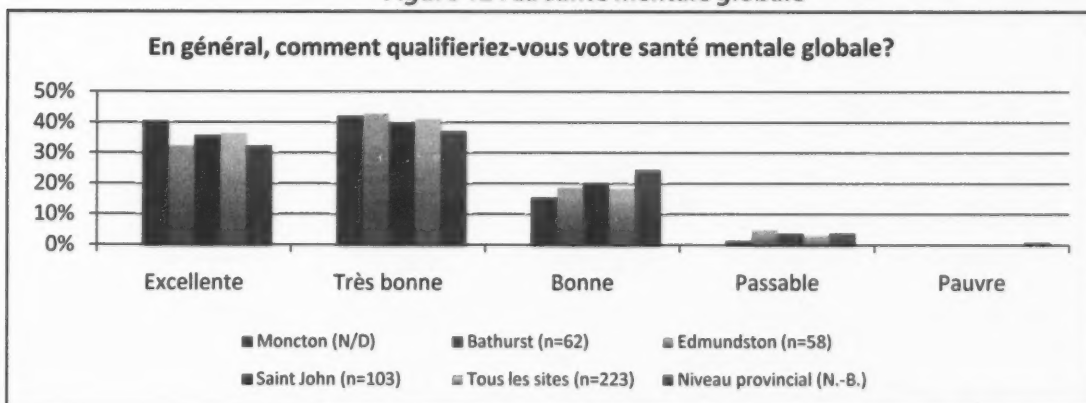
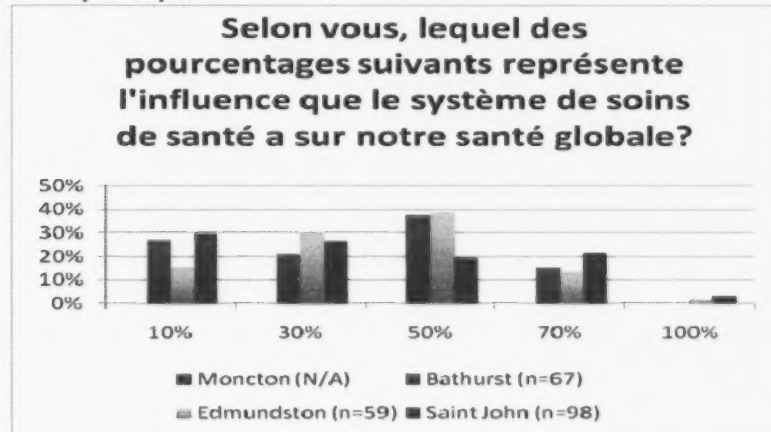


Figure 12 : La santé mentale globale



Par la suite, on a demandé aux participants d'indiquer jusqu'à quel point ils croient que le système de santé influence la santé globale d'une personne. Alors que les recherches démontrent qu'il en est responsable à 10 %, les participants de toutes les sessions de dialogue ont eu tendance à croire que ce pourcentage était plus élevé (par ex. plus du tiers des participants à Bathurst et à Edmundston, et près de 20 % à Saint John, ont estimé que le système de santé était responsable à hauteur de 50 % de la santé globale d'une personne).

Figure 13 : L'influence du système de soins de santé sur la santé globale selon les participants



Le CSNB utilise le modèle suivant (figure 14) pour représenter les déterminants de la santé. Le modèle indique le pourcentage par lequel chaque catégorie a des conséquences sur la santé générale des individus. On a présenté et expliqué ce modèle aux participants.

Par la suite, il fut demandé aux participants d'indiquer lequel a le plus d'influence et lequel a le moins d'influence sur l'état de santé, compte tenu de leur état de santé actuel.

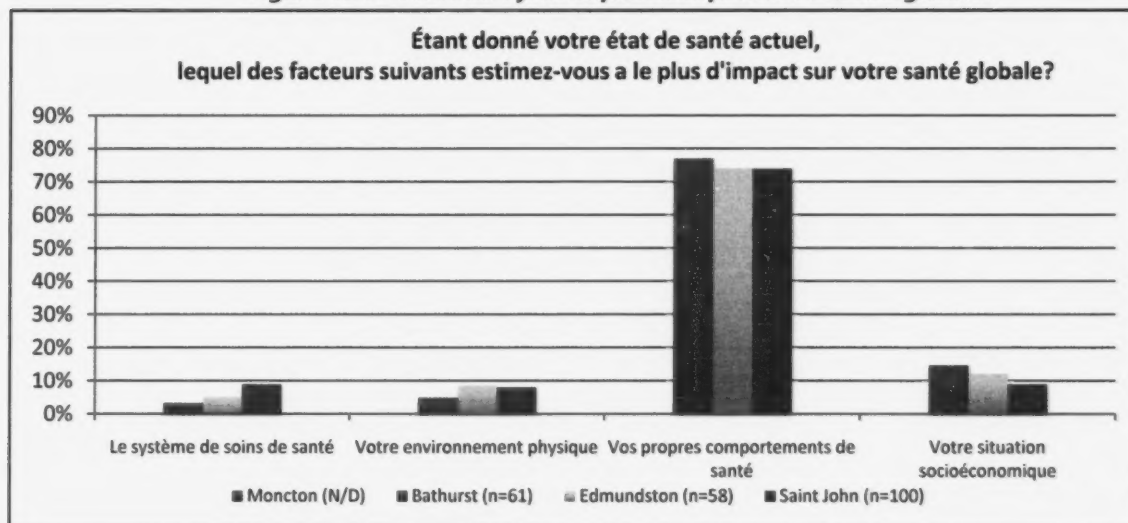
En très grande majorité (environ les trois quarts), les participants ont estimé que leurs propres habitudes de vie ont le plus d'influence sur leur

Figure 14 : Déterminants affectant la santé de la population



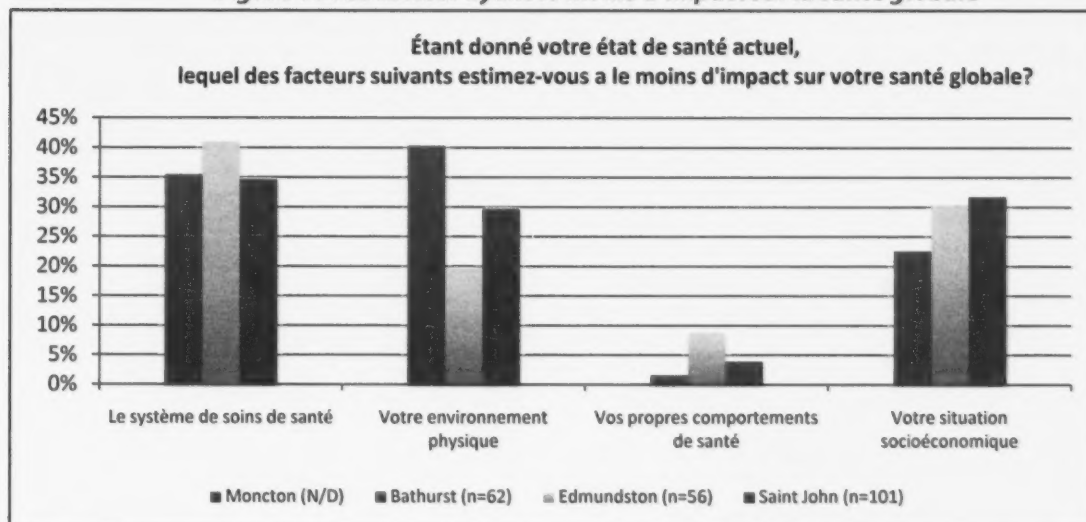
état de santé globale. Ceci reflète la croyance des participants - fréquemment exprimée au cours des sessions de dialogue - que chaque personne est dans une certaine mesure, responsable de la gestion de sa santé.

Figure 15 : Le facteur ayant le plus d'impact sur la santé globale



Les participants ont été plutôt divisés sur la catégorie de facteurs qui a le *moins* d'influence sur leur santé globale. De façon marquée cependant, au moins un tiers des participants de chaque dialogue a indiqué que le système de santé est le facteur qui a le moins d'influence sur leur santé globale.

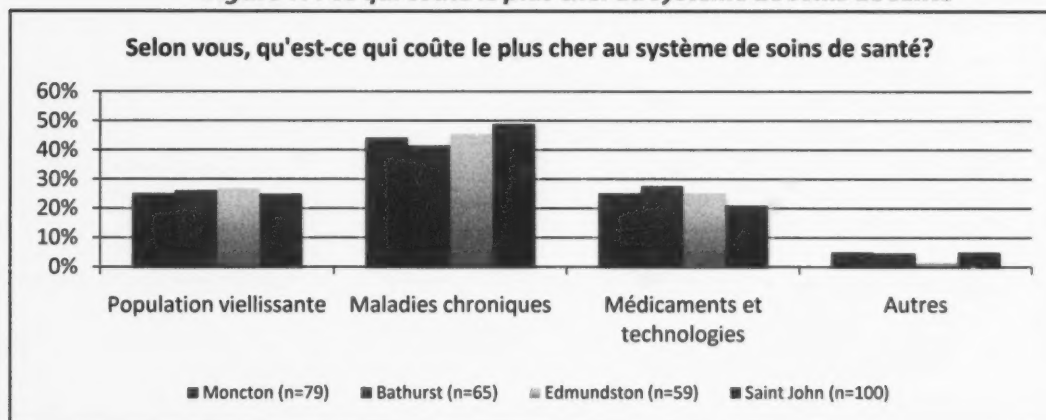
Figure 16 : Le facteur ayant le moins d'impact sur la santé globale



4.1.3 Perspectives sur les coûts des soins de santé au Nouveau-Brunswick.

Un troisième jeu de questions a été conçu pour mieux sonder la compréhension et les opinions des participants sur les coûts des soins de santé au Nouveau-Brunswick.

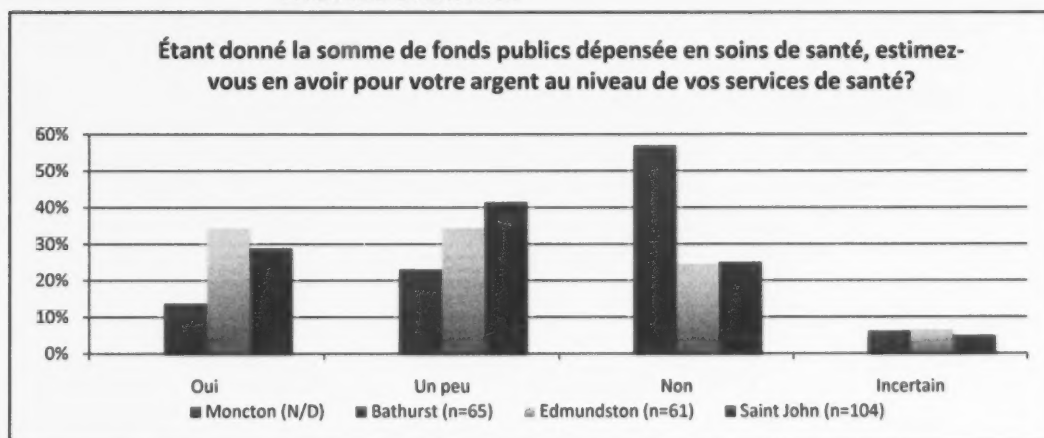
Figure 17: Ce qui coûte le plus cher au système de soins de santé



Il fut d'abord demandé aux participants d'indiquer lequel des quatre éléments coûte le plus cher au système de soins de santé. Moins de la moitié (environ 40 % à 45 % par session de dialogue) étaient au courant que les maladies chroniques représentaient le principal facteur de coût du système de soins de santé.

On a demandé aux participants d'indiquer s'ils croyaient qu'ils en avaient pour leur argent en termes de services de santé, compte tenu de la somme de fonds publics dépensée en soins de santé au Nouveau-Brunswick. Les perspectives à l'égard de cette question ont varié selon les régions, alors que les participants de Bathurst ont fait part de leur grande insatisfaction et de loin (plus de 50 % ont voté « non », comparativement à 25 % à Edmundston et à Saint John).

Figure 18 : En avoir pour son argent en termes de services de santé au Nouveau-Brunswick

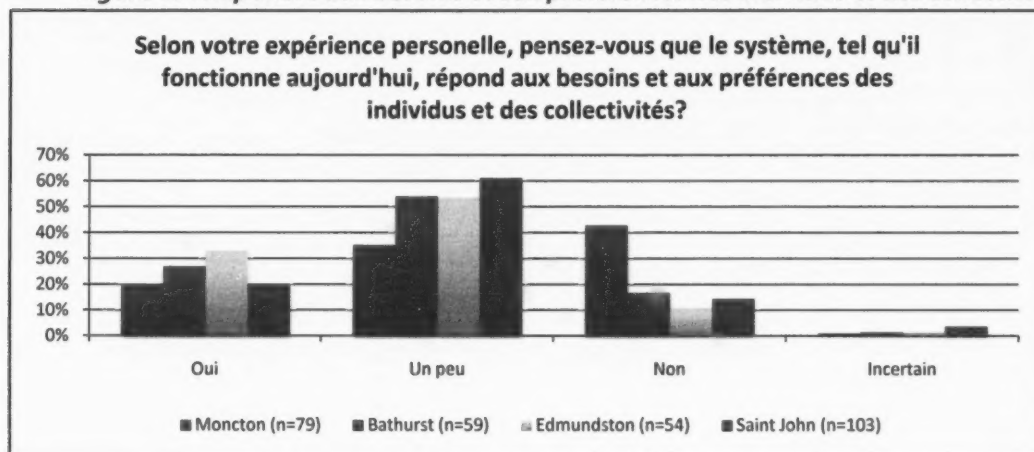


4.1.4 Vers un système de santé axé sur le citoyen

En fin de journée, on a demandé aux participants de répondre à une dernière question conçue pour évaluer à quel point le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick est « axé sur le citoyen » (en vertu de la définition d'un système de santé axé sur le citoyen proposée par le Plan provincial de la santé 2008-2012).

De façon intéressante, les perspectives concernant cette question ont grandement varié dans toutes les sessions de dialogue : les répondants de Moncton ont été les plus critiques, où 43 % ont répondu que le système ne répondait pas à leurs besoins, ni à leurs préférences personnelles, ni à celles de leurs collectivités. Les répondants des autres sessions de dialogue ont été quelque peu moins catégoriques, alors qu'environ 50 % (Bathurst, Edmundston) à 60 % (Saint John) ont indiqué que cela ne répond que « d'une certaine façon », ni à leurs besoins, ni à leurs préférences personnelles, ni à celles de leurs collectivités.

Figure 19 : Répondre aux besoins et aux préférences des individus et des collectivités



4.2 Les valeurs

Au cours de leur première discussion significative à leur table, on a demandé aux participants d'imaginer un système de santé « idéal » et de discuter :

- de ce qui serait le plus important pour eux;
- du genre de valeurs qu'ils voudraient retrouver dans la façon dont fonctionne le système de santé.

Le but de cet exercice consistait à ce que les participants identifient et articulent les valeurs sous-jacentes qui guident les opinions qu'ils formulent et les choix qu'ils font. Le but ne consistait pas d'en venir à un consensus au sein du groupe, mais plutôt à ce que les gens partagent leurs différentes perspectives et apprennent l'un de l'autre. À cet égard, chaque groupe de dialogue dans chaque salle est devenu un « microcosme » de la province visant à illustrer le spectre de ce que les Néo-Brunswickois valorisent.

À la suite de leurs discussions de groupe, on a demandé à chaque participant d'écrire ce qu'il valorise le plus dans un système de santé « idéal » et d'expliquer ce que cela signifie pour lui. Ces feuilles de travail furent ramassées et compilées et, au cours du repas du midi, l'équipe thématique en a pris connaissance et a regroupé les commentaires par thème. Ces thèmes ont ensuite été convertis en un « nuage de mots » – une image qui représente les divers mots-thèmes ainsi que leur fréquence de mention (plus le mot est gros, plus il est apparu souvent lors de la synthèse).

Les nuages de mots suivants représentent chacune des quatre sessions de dialogue. **Il est important de noter, cependant, que cela représente une analyse très rapide sur place des commentaires recueillis.** Un sommaire provincial est présenté plus loin dans la présente section. Il est basé sur une analyse plus détaillée de toutes les données recueillies dans les quatre sessions de dialogue de la phase I.

Figure 20 : Session de Moncton - Ce que vous valorisez le plus dans un système de santé idéal

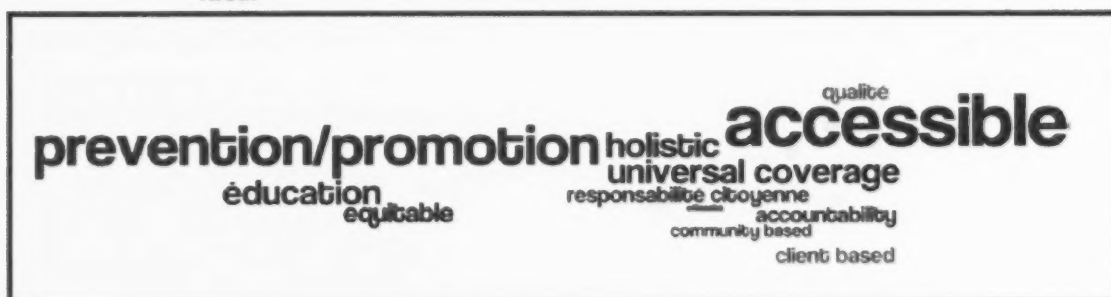


Figure 21 : Session de Bathurst - Ce que vous valorisez le plus dans un système de santé idéal

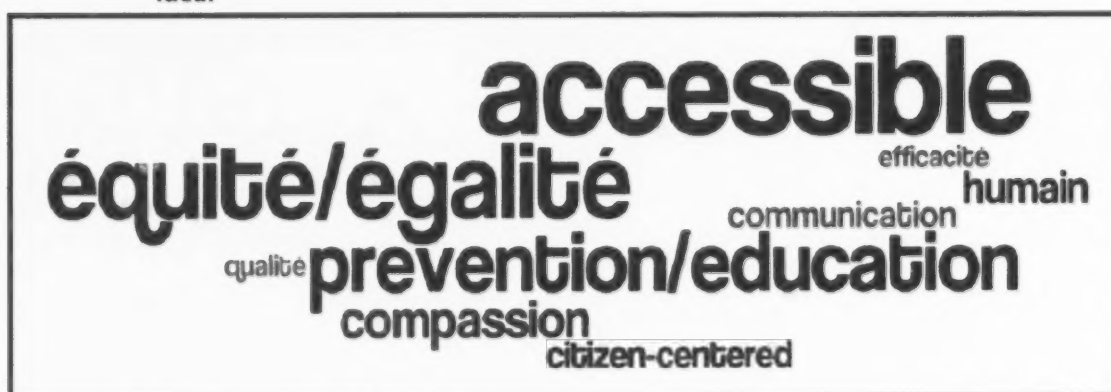
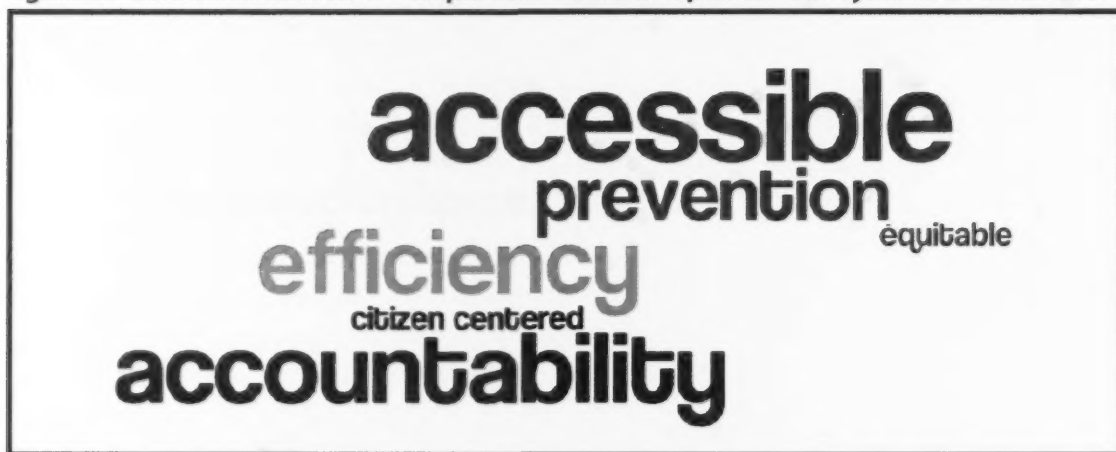


Figure 22 : Session d'Edmundston - Ce que vous valorisez le plus dans un système de santé idéal



Figure 23 : Session de Saint John - Ce que vous valorisez le plus dans un système de santé idéal



Ce qui ressort immédiatement à la lecture de ces quatre nuages de mots est l'accent placé par les participants sur des sujets liés à :

- l'accessibilité aux services de soins de santé;
- des soins et des services équitables pour tous;
- l'éducation (connaissances en matière de santé), la promotion de la santé et la prévention des maladies;
- l'efficacité, le rendement et l'imputabilité du système;
- la qualité et la sécurité des soins de santé (humains, empreints de compassion et respectueux); et
- un système axé sur le citoyen (holistique, communautaire, axé sur le client, responsabilité du citoyen et communication).

4.2.1 Valeurs principales : Définition

Une analyse plus détaillée de ces données provenant des quatre sessions de dialogue de la phase I nous permet d'explorer la signification qu'attribuent les participants à ces valeurs de haut niveau. Il faut également noter que les valeurs exprimées par les participants reflètent de près les six dimensions de qualité par lesquelles le CSNB évalue la qualité des services de santé au Nouveau-Brunswick : l'accessibilité, la justesse, l'efficacité, le rendement, l'équité et la sécurité (voir l'**annexe D** pour obtenir la définition du CSNB de chacune de ces dimensions de qualité).

Tableau 1 : Valeurs – l'accessibilité

L'accessibilité aux services de soins de santé	
L'accès opportun aux services de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir accès aux soins requis dans un délai raisonnable, sans retard indu, sans longue période d'attente et sans temps d'attente entre les visites. • Recevoir « les soins requis au moment opportun » (une valeur qu'on a étroitement liée à la notion de « soins appropriés »).
La disponibilité des médecins, spécialistes et examens, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir accès à un médecin de famille et pouvoir consulter un spécialiste ou passer des tests lorsqu'ils sont requis.
Suffisamment de temps avec les fournisseurs de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Les fournisseurs de soins, surtout les médecins de famille, doivent prendre le temps nécessaire d'écouter leurs patients afin de poser un diagnostic juste.
L'accessibilité aux services de soins de santé dans la langue officielle de son choix	<ul style="list-style-type: none"> • Être capable d'avoir accès aux services de soins de santé dans la langue de son choix, quand et lorsque ces services sont requis.
Les coûts ne devraient pas empêcher l'accessibilité à un traitement ni à des services	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que les coûts des médicaments d'ordonnance, des services dentaires et en optométrie ne constituent pas une barrière à l'accessibilité.

Tableau 2 : Valeurs – l'équité

Des soins et des services équitables pour tous	
Des soins de santé universels	<ul style="list-style-type: none"> Des soins de santé universels financés par des fonds publics constituent un facteur important visant la protection d'une accessibilité équitable pour tous à des services.
Sans égard au statut socioéconomique	<ul style="list-style-type: none"> Voir au problème de la pauvreté afin de promouvoir la santé et prendre le meilleur soin de tous les citoyens, y compris les plus vulnérables.
Sans égard au lieu de résidence	<ul style="list-style-type: none"> Offrir aux communautés rurales et éloignées un accès équitable aux soins. S'assurer que la distance, les déplacements et le transport n'empêchent pas un accès aux soins.
Sans égard à la langue	<ul style="list-style-type: none"> Des services bilingues et équitables dans les communautés françaises et anglaises.

Tableau 3 : Valeurs – la promotion et la prévention

La promotion de la santé et la prévention des maladies	
La sensibilisation et l'éducation à des habitudes de vie saines (connaissances en matière de santé)	<ul style="list-style-type: none"> Une éducation qui commence à l'enfance et se poursuit jusqu'à l'âge adulte sur la façon d'améliorer la santé, le mieux-être, une vie saine et la prévention des maladies.
Faire des exercices et des activités physiques	<ul style="list-style-type: none"> L'exercice est considéré comme un moyen de diminuer l'obésité et le risque de maladies chroniques qui y est lié.
La nutrition et les aliments sains	<ul style="list-style-type: none"> L'accès à des aliments abordables et nutritifs, et une connaissance en matière d'alimentation saine vont promouvoir la santé et prévenir les maladies.
Un environnement sain	<ul style="list-style-type: none"> Un environnement propre et sain accompagné d'espaces verts dans la communauté est considéré comme un moyen de promouvoir la santé et de prévenir les maladies.
Faire de sa propre santé une responsabilité personnelle	<ul style="list-style-type: none"> Donner aux citoyens le pouvoir d'assumer leur responsabilité à l'égard de leur propre santé (par ex. par le biais d'incitations et d'appuis de la part du gouvernement) : les gens assument une plus grande responsabilité à l'égard du maintien de leur santé et de celle de leur famille, de leur propre éducation en matière d'habitudes de vie saines et de la connaissance de leur maladie s'ils sont malades.

Tableau 4 : Valeurs – la qualité

La qualité des soins de santé dans un système viable ⁹	
Des soins appropriés	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvoir avoir confiance que l'on reçoit des soins appropriés, au bon moment, par le bon professionnel de la santé.
La compassion à l'égard des patients	<ul style="list-style-type: none"> • Un système de soins de santé qui est plus « humain » et des professionnels de la santé qui traitent leurs patients avec dignité et respect.
La sécurité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Des services de soins de santé qui sont sécuritaires. Par exemple, les patients ne veulent pas se préoccuper d'attraper quelque maladie ou infection lors de leur hospitalisation.
Des soins efficaces	<ul style="list-style-type: none"> • Des soins qui donnent les résultats escomptés, administrés par des fournisseurs de soins de santé qui sont compétents et bien renseignés.
Le rendement	<ul style="list-style-type: none"> • Un système de soins de santé qui est plus rentable afin d'en assurer la viabilité, mais qui demeure juste dans l'allocation des fonds.
L'imputabilité	<ul style="list-style-type: none"> • La transparence dans la façon dont les fonds de soins de santé sont alloués et dans leur destination. • Rendre les fournisseurs de soins de santé imputables quant à leur facturation auprès du système de santé.

Tableau 5 : Valeurs – axé sur le citoyen

Un système de santé axé sur le citoyen	
Des centres de santé communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des centres de santé bien intégrés et multidisciplinaires pour aider à promouvoir une meilleure santé au sein des communautés. • Placer les centres de santé communautaires au cœur d'un modèle de « besoins humains » axés sur le citoyen.
Un continuum de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Des services de soins de santé qui sont bien coordonnés et qui opèrent en dehors des silos professionnels afin d'offrir aux patients des traitements continus. • S'assurer que la politique n'interfère pas dans la prestation des services.

⁹ Ce regroupement reflète partiellement les dimensions de qualité du CSNB (la justesse, l'efficacité, le rendement et la sécurité). Cependant, comme les participants ont mis un accent particulier sur l'accessibilité et l'équité, ces valeurs se démarquent comme valeurs à part. L'imputabilité a été incluse ici parce qu'elle a souvent été l'objet de discussions dans le cadre de soins efficaces et rentables, alors que la compassion a plutôt alimenté la notion de soins « appropriés ».

Tableau 5 : Valeurs – axé sur le citoyen (suite)

Un système de santé axé sur le citoyen (suite)	
Des soins holistiques et alternatifs	<ul style="list-style-type: none">• S'assurer que le système de soins de santé se concentre sur l'état général de santé des gens (une approche de « la personne dans son ensemble ») et non pas sur le traitement de symptômes individuels.• Faire des traitements non médicaux et non pharmaceutiques, ainsi que des thérapies, une partie intégrante du système de santé.• Offrir un plus grand accès à un large éventail de médecines alternatives, comme celle de la naturopathie.
Associer le citoyen au processus de décision	<ul style="list-style-type: none">• Toutes les populations, y compris les plus vulnérables (par ex. les personnes handicapées, les enfants, les personnes âgées), devraient participer à la prise de décisions qui ont des répercussions sur leur santé et leur proposer un choix dans le cadre de leur traitement.

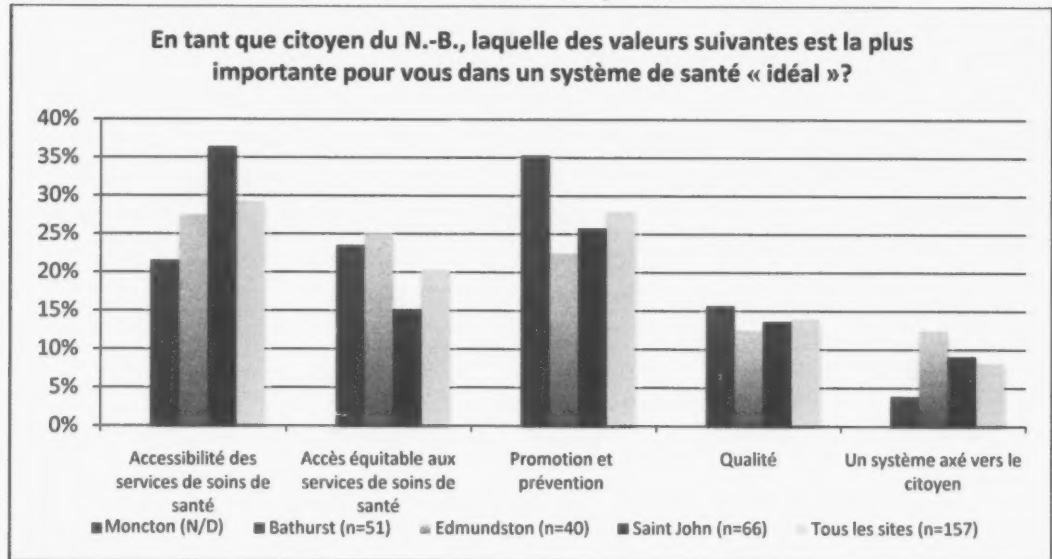
4.2.2 Les valeurs principales - validation et priorités

Au cours de la phase II, nous avons demandé aux participants de valider si les valeurs résumées dans le cadre des résultats de la phase I (ci-dessus dans les tableaux 1 à 5) reflètent de façon précise dans leur ensemble ce qu'ils attendent d'un système de santé « idéal ».

Grâce au vote par clavier numérique, 90 % des participants (n=217) ont indiqué qu'ils sont « fortement en accord » ou « en accord » avec la liste de valeurs principales.

Nous avons également demandé aux participants de la phase II d'identifier laquelle de ces cinq valeurs principales est *la plus importante* pour eux en tant que citoyen du Nouveau-Brunswick. Vingt-neuf pour cent (29 %) des participants ont choisi l'accessibilité, alors que 28 % ont choisi la promotion de la santé et la prévention des maladies. L'équité a été choisie au troisième rang (20 %), mais a été considérée comme une valeur qui est complémentaire et associée de près à la notion d'accessibilité.

Figure 24 : La valeur la plus importante dans un système de santé « idéal »¹⁰



4.3 Les enjeux

Au cours du deuxième exercice de la journée, les participants ont discuté dans leurs groupes de ce qu'ils considèrent être des enjeux prioritaires dont il faudrait parler afin de créer le système de santé qu'ils souhaitent avoir au Nouveau-Brunswick. Les quatre questions de la discussion ont été :

- Quels sont les problèmes les plus urgents?
- Quels sont les plus grands besoins?
- Comment pouvons-nous avoir la plus grande influence possible sur l'état général de santé des Néo-Brunswickois?
- Comment pouvons-nous faire que notre système de santé en soit un qui est vraiment axé sur le citoyen?

À la suite d'une discussion libre autour de la table sur ces enjeux, chaque participant a noté ses « trois enjeux prioritaires ». Ces enjeux ont été rassemblés par thème dans chacun des groupes et, au cours de la séance plénière, un porte-parole de chaque groupe a fait rapport sur au moins un enjeu prioritaire que son groupe avait identifié.

Chaque jeu de commentaires individuel et de groupe des quatre sessions de dialogue ont été recueillis suite à cet exercice pour être analysés afin d'établir la liste des priorités suivantes.

¹⁰ Cette question a été ajoutée après la session de dialogue qui a eu lieu à Moncton.

4.3.1 Enjeux - définition

Comme indiqué dans les tableaux suivants, les participants se sont exprimés sur des enjeux qui peuvent être regroupés dans des catégories élargies : accessibilité aux services de soins de santé ; coût/financement du système de santé ; promotion de la santé et prévention des maladies ; optimisation des services de soins de santé ; et changement systémique requis pour un système axé sur le citoyen.

Tableau 6 : Enjeux - l'accessibilité

L'accessibilité aux services de soins de santé	
L'accès aux soins primaires et spécialisés	<ul style="list-style-type: none">• Le manque perçu d'accès aux soins primaires, (par ex. médecins de famille), ainsi qu'aux services de soutien/spécialisés, comme des programmes liés à la santé mentale et au traitement des dépendances.
L'accès opportun aux services	<ul style="list-style-type: none">• Les temps d'attente pour consulter un médecin de famille ou un spécialiste sont trop longs, tout comme les délais pour les tests ou pour obtenir des résultats.• Le manque de ressources humaines est un facteur qui explique ce problème.
L'accès aux services pour les résidents des régions rurales	<ul style="list-style-type: none">• Un accès local minimisé aux soins de santé dans les régions rurales.• Aucun autre choix que de sortir des communautés rurales pour avoir accès à des services centralisés, ce qui implique des coûts et cause des difficultés, pour le patient et pour ses proches.• Le manque d'accès aux transports et/ou les coûts de transport constituent pour certains un obstacle à la prestation de soins.
L'accès dans la langue de son choix	<ul style="list-style-type: none">• Les patients ne sont pas toujours capables d'avoir accès aux soins de santé dans la langue de leur choix.• Il existe un besoin pour de meilleurs services bilingues dans toute la province : n'avoir que des services en anglais dans les régions anglophones et que des services en français dans les régions francophones pose problème.• Il n'est pas toujours possible d'avoir accès à des spécialistes dans la langue de son choix.

Tableau 7 : Enjeux - les coûts/le financement

Les coûts/le financement du système de soins de santé	
Le rendement du système de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupation généralisée au sujet de la gestion des coûts liés aux soins de santé. • Besoin de trouver des moyens de réduire les pertes et de rentabiliser davantage les coûts. Cela s'avère essentiel à la viabilité du système et au maintien, ainsi qu'à l'amélioration, de la qualité et de l'efficacité des soins et des services et ce, tout en contenant les coûts.
La distribution des fonds	<ul style="list-style-type: none"> • Les fonds liés aux soins de santé doivent être distribués plus équitablement dans toute la province. • Accroître les investissements en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, ce qui réduirait en retour les coûts liés aux soins aigus dans la province.
Les frais facturés aux patients	<ul style="list-style-type: none"> • Grande valorisation d'un système de soins de santé qui serait universel, gratuit et public. • Préoccupations en ce qui concerne les frais facturés aux patients, spécialement les services d'ambulance et les médicaments prescrits sous ordonnance.
L'éducation/la sensibilisation en matière de coûts des soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Le public ne comprend pas bien les coûts du système de soins de santé : les sommes dépensées et la façon dont les fonds sont distribués. Une éducation publique est requise pour inciter les citoyens à utiliser de manière plus responsable le système de santé.

Tableau 8 : Enjeux - la promotion et la prévention

La promotion de la santé et la prévention des maladies	
L'éducation	<p>Augmenter la disponibilité de l'information sur les programmes et les campagnes afin de :</p> <ul style="list-style-type: none">• Éduquer les éducateurs, les parents, les employeurs, etc. en matière de santé et de mieux-être.• Éduquer le public en général et les patients en matière de prévention et d'atténuation des maladies chroniques.• Dissuader les habitudes de vie malsaines, par ex. la toxicomanie et l'abus d'alcool.• Promouvoir les habitudes de vie saines, spécialement la nutrition et l'exercice.
La nutrition	<ul style="list-style-type: none">• Il faut aborder la question des mauvaises habitudes alimentaires (par ex. qui sont responsables de plusieurs maladies chroniques comme l'obésité et le diabète).• Présence importante de malbouffe dans les écoles et même dans les hôpitaux.• Les coûts constituent un obstacle à une saine alimentation : les mets santé sont dispendieux et la malbouffe ne coûte pas cher.
L'exercice	<ul style="list-style-type: none">• Accroître les occasions d'activités physiques à l'école, dans les communautés (par ex. pistes cyclables).• Faire disparaître les barrières de coûts et offrir une incitation à l'accès à des activités récréatives.
La responsabilité à l'égard de sa propre santé	<ul style="list-style-type: none">• On valorise les soins de santé universels lorsqu'on est malade, mais on devrait prendre une plus grande responsabilité personnelle à l'égard de sa propre santé et de son mieux-être.• Les parents ont tout particulièrement la responsabilité d'inculquer des habitudes de vie saines à leurs enfants.

Tableau 9 : Enjeux - l'optimisation

L'optimisation des services de soins de santé	
Les soins aux aînés pour notre population vieillissante	<ul style="list-style-type: none"> • La tendance démographique vers un vieillissement de la population a des répercussions sur la viabilité de notre système actuel de santé, puisqu'il diminue de façon importante l'assiette fiscale provinciale. • Il existe des préoccupations, pour les familles et pour le système, quant aux coûts de prestation de soins de santé à notre population vieillissante. • Les aînés occupent les lits d'hôpitaux, dans l'attente de soins à domicile ou d'une admission dans un foyer de soins ou en soins palliatifs.
Les services d'urgence et d'ambulance	<ul style="list-style-type: none"> • Les temps d'attente sont trop longs dans les salles d'urgence. • Les gens sur-utilisent/abusent des salles d'urgence ou des services d'ambulance, alors que la situation n'est pas critique, parce qu'ils n'ont pas accès à un médecin et/ou à d'autres moyens de transport.
Les services d'appui en santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • On doit attacher une plus grande importance et augmenter les ressources dans les services de soins de santé mentale. • On doit investir plus de temps à évaluer les besoins des patients en santé mentale.
Les autres services spécialisés qui requièrent une attention prioritaire	<ul style="list-style-type: none"> • Les maladies chroniques (traitement, prévention et contrôle) • Les soins liés au cancer • Le traitement des maladies cardiaques • Les services de gynécologie • Le nombre de lits d'hôpitaux disponibles
Éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Un manque de connaissances au sujet du système de soins de santé. • Un besoin d'éduquer le public sur les services de soins de santé disponibles et sur comment les accéder.

Tableau 10 : Enjeux - les changements systémiques

Les changements systémiques que requiert un système axé sur le citoyen	
Un continuum de soins	<ul style="list-style-type: none">• Briser les silos administratifs et « dépolitiser » le système afin d'éliminer les obstacles à une continuité de soins.• Une meilleure coordination des soins/services• Une meilleure communication entre les médecins et les spécialistes, entre les institutions, et entre les médecins et les patients.• Un meilleur suivi des patients après les rendez-vous chez le médecin et les tests.
Des soins basés sur les besoins des patients	<ul style="list-style-type: none">• On a l'impression que dans le système actuel les normes établies et le protocole suivi lors des traitements ne répondent pas aux besoins spécifiques des patients individuels : un régime de « taille universelle ».• Besoin d'écouter davantage les patients.
Des choix en soins de santé	<ul style="list-style-type: none">• Avoir plus de choix d'options qui sont couverts par l'assurance-maladie (par ex. les naturopathes, les chiropraticiens, les sages-femmes, etc.).• Davantage de soins holistiques offerts.
La réforme des rôles et des responsabilités	<ul style="list-style-type: none">• Moins de dépendance à l'égard des médecins et plus de pouvoir de décision donné aux infirmières et praticiens de soins de santé alternatifs.
Les centres de santé communautaires	<ul style="list-style-type: none">• Plus de centres de santé multidisciplinaires et communautaires pratiquant une approche par équipe coordonnée.• Appuyés par un leadership communautaire.

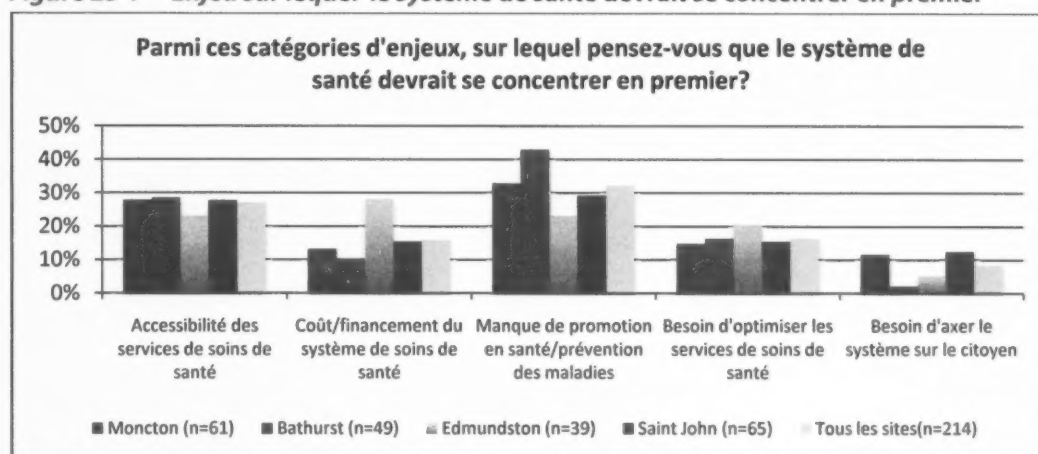
4.3.2 Les enjeux - validation et priorités

Les participants de la phase II ont à nouveau été invités à valider ces résultats :

91 % des participants (n=216) étaient « fortement en accord » ou « en accord » que ces valeurs prises dans leur ensemble reflètent les défis clés auxquels fait face le système de santé du Nouveau-Brunswick.

Nous avons demandé aux participants de la phase II sur quelles catégories de ces enjeux il leur semble que le système de santé du Nouveau-Brunswick doit se pencher en priorité. Conséquents avec ce qu'ils valorisent le plus, les participants ont mis la priorité sur le manque de promotion de la santé/de prévention des maladies (32 %) et sur l'accroissement de l'accessibilité des services de soins de santé (27 %).

Figure 25 : Enjeu sur lequel le système de santé devrait se concentrer en premier



4.4 Les forces et les possibilités

La troisième et dernière discussion de groupe a exigé des participants qu'ils fassent la transition entre les enjeux/préoccupations concernant le système de santé et les forces et possibilités sur lesquelles le système peut bâtir afin de créer le genre de système de santé qu'ils désirent. Les quatre questions des sessions de dialogue ont porté sur :

- De quoi êtes-vous le plus fier lorsque vous pensez au système de santé du Nouveau-Brunswick et à l'état général de santé des Néo-Brunswickois?
- Que faisons-nous de bien ici, au Nouveau-Brunswick?
- Quelles sont les plus grandes forces de notre système de santé?
- Sur quelles possibilités pouvons-nous nous appuyer pour créer le système de santé axé sur le citoyen que nous souhaitons?

On a demandé aux participants de discuter de ces questions deux par deux, puis de partager les faits saillants de leurs discussions avec leurs collègues autour de la table. Au cours de la séance plénière portant sur les forces, un porte-parole de chaque groupe a fait rapport sur au moins une des forces du système de santé qui avait été identifiée par son groupe.

Les commentaires provenant de chaque groupe de discussion par deux et du groupe, dans les quatre sessions de dialogue, ont été recueillis. Ces commentaires ont été analysés afin de créer la liste suivante de forces du système de santé.

4.4.1 Les forces et les possibilités : définition

Les participants ont su reconnaître et apprécier les forces et les succès du Nouveau-Brunswick, notant avec enthousiasme que la plus grande force du système réside dans « **les gens qui font fonctionner le système** ». Ils ont également hautement apprécié le programme d'assurance-maladie de la province (et son accès universel aux soins de santé), ainsi que les nombreux services à la fine pointe de la technologie, comme le Programme extra-mural et le service Télé-Soins. Enfin, ils ont souligné ce qu'ils considèrent comme des occasions clés d'apporter des changements et des améliorations au système de santé du Nouveau-Brunswick : la petite superficie de la province (et la taille de son système de santé); l'engagement des citoyens et des parties intéressées face aux changements, une plus grande sensibilisation et des investissements plus importants dans la promotion de la santé et la prévention des maladies dans le but de réduire le fardeau du système de santé.

Tableau 11 : Les forces - nos gens

« Nos plus grandes forces...résident dans les gens qui font fonctionner le système »	
•	Chaleureux, attentionnés, compatissants et empathiques avec les patients.
•	Compétents, bien renseignés, bien formés et qualifiés.
•	Professionnels, dévoués, travailleurs acharnés.

Tableau 12 : Les forces - l'assurance-maladie universelle

« L'assurance-maladie universelle au Nouveau-Brunswick est la chose la plus précieuse que nous avons »	
•	Disponible pour tous.
•	Accessible quand les citoyens en ont le plus besoin (priorité selon l'urgence).
•	Les principaux services sont gratuits pour tous, sans égard au statut socioéconomique.

Tableau 13 : Les forces - les services de première classe

« Nous excellons dans plusieurs services et nous devrions en être fiers »	
•	Le Programme extra-mural qui permet aux patients de recevoir des soins de qualité à domicile.
•	Télé-Soins qui offrent un accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 à des soins de santé à distance.
•	Des technologies modernes : de l'équipement et des instruments spécialisés, des systèmes informatisés et le projet <i>Un patient, un dossier</i> .
•	L'accès à des services d'urgence et d'ambulance de qualité.

Tableau 14 : Les possibilités

« Les occasions que nous devons saisir pour procéder à des changements »	
La superficie de la province et la taille de son système de santé sont assez petites pour vraiment réaliser des changements.	
Il existe une volonté de changer et d'améliorer les choses dans la province (comme le démontre en partie le présent projet) :	<ul style="list-style-type: none">• Reconnaître les occasions de changement.• « <i>Nous pouvons faire mieux</i> ».• Nous sommes une province dynamique.
Les citoyens sont impliqués dans le système de santé et dans l'amélioration de leur santé :	<ul style="list-style-type: none">• Les citoyens appuient le système de soins de santé par leur attitude et grâce à leur bénévolat.• On trouve des forces dans les communautés ainsi qu'un sens de l'appartenance à l'égard des soins de santé.
Un engagement significatif des citoyens et des parties intéressées :	<ul style="list-style-type: none">• Permettre aux citoyens de faire part de leurs commentaires sur le système de soins de santé.• Impliquer le public dans les processus de prise de décision.• Démontrer que le gouvernement écoute.• Consulter les travailleurs de première ligne pour savoir ce qui fonctionne et ce qui doit être amélioré.
Une plus grande concentration et des investissements plus importants dans la promotion de la santé et la prévention des maladies peuvent aider à réduire le fardeau du système de santé.	

Lorsque nous leur avons demandé de valider ces résultats de la phase II, 91 % des participants (n=217) étaient « fortement en accord » ou « en accord » que ces forces et possibilités prises dans leur ensemble reflètent les meilleures facettes du système de santé du Nouveau-Brunswick.



5. LA PHASE II : LES SOLUTIONS

Après avoir évalué l'état actuel du système de santé du Nouveau-Brunswick au cours de la phase I, nous avons invité les participants à se tourner vers le futur au cours de la phase II afin qu'ils puissent imaginer le genre de système de santé qu'ils désirent avoir et identifier des solutions possibles qui leur permettent de réaliser leur vision. À cette fin, la journée a débuté par un exercice de visualisation de l'avenir conçu pour rediriger la discussion vers la notion d'un « système de santé axé sur le citoyen » et permettre aux participants de définir ce que cela signifie pour eux. Cet exercice a été suivi par une série de discussions de groupe et en séance plénière sur la façon d'utiliser au mieux les ressources disponibles afin de s'assurer que le système de santé réponde aux besoins et aux attentes des Néo-Brunswickois.

5.1 « Image-iner » un système de santé axé sur le citoyen

Le premier exercice de la journée visait à demander aux participants de la phase II de décrire les composantes d'un système axé sur le citoyen. Pour y arriver, les participants ont été invités de « penser en images » et de choisir, parmi une série d'images, celle qui, pour eux, répondait le mieux aux qualités et caractéristiques d'un « système de soins de santé axé sur le citoyen ». (Les images ne représentaient pas un modèle de système de santé, mais évoquaient plutôt, par métaphores, des valeurs et des principes de niveau plus élevé).

Les cinq images les plus populaires auprès des participants sont les suivantes. Nous avons combiné les réponses reçues lors de toutes les sessions dans la province (nombre total de participants à l'exercice, 234 personnes).¹¹

Image 1 : Image choisie par 19 % des participants



- La disponibilité des soins de santé, pour les jeunes et les moins jeunes.
- Cela répond aux besoins des différents groupes d'âge; soins personnalisés.
- Toutes les générations travaillant ensemble pour atteindre un meilleur système de santé.
- Les générations qui travaillent ensemble, apprennent du passé et misent sur l'avenir.
- Les liens entre les gens (intergénérationnels, familiaux); les partenariats sociaux issus des collectivités (et pas uniquement du gouvernement).

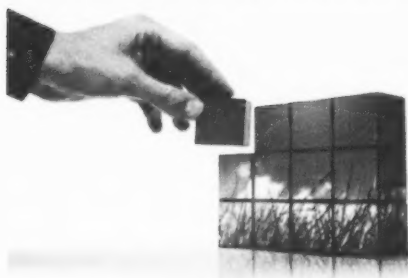
¹¹ Bien que la Phase II comptait un total de 223 participants, quelques participants ont soumis plus d'une image.

Image 2 : *Image choisie par 16 % des participants*



- Le système est un réseau où chaque composante est importante.
- L'araignée représente le citoyen et le système est centré sur le citoyen.
- Les liens entre la toile (la collaboration) représentent sa force.
- La toile attrape tout, rien n'est laissé à l'improviste.
- Une toile partout dans la province, sans chevauchement des tâches.
- Un système complexe, efficace, équilibré mais fragile; souple et fiable.

Image 3 : *Image choisie par 9 % des participants*



- Un tout est composé d'éléments, un système de santé complet qui fonctionne bien. La contribution des citoyens est l'un des aspects principaux. C'est aussi important de voir le portrait dans son entier à partir de toutes les perspectives.
- La vision des unités de base qui se rejoignent. L'image inspire l'espoir (ciel bleu).
- Des morceaux du système de santé qui doivent se rejoindre. Mettre le dernier morceau au casse-tête.
- Beaucoup de morceaux (la diversité en santé), mais chaque morceau a une importance égale.

Image 4 : *Image choisie par 9 % des participants*



- Tous les intervenants du système de santé doivent travailler ensemble.
- Travailler en équipe vers un but commun (aider les patients à se déplacer plus efficacement dans le système, prévenir les maladies).
- Demeurer actifs, en mouvement, en santé et maintenir le dynamisme du système de santé.
- Il faut que les gens aiment leur travail, s'ils veulent être en mesure d'offrir d'excellents services.

Image 5 : Image choisie par 8 % des participants



- Être soucieux du bien-être des citoyens et être compatissant sont à la base d'un bon système de soins de santé.
- La compassion et la dignité envers les personnes âgées.
- Plus de soins et de ressources pour les personnes âgées; des soins à domicile.
- Accent sur la santé mentale et physique dans les foyers de soins.
- Être prêt pour une population vieillissante.

5.2 Où et de qui devrait-on recevoir les soins de santé, les services et les appuis nécessaires

Les discussions de la phase II visaient la recherche de solutions. On a donc demandé aux participants de réfléchir sur comment le système de soins pourrait leur aider, ainsi que leurs familles, à jouir d'une meilleure santé. Plus spécifiquement, le défi qui leur fut lancé, était de réfléchir à comment l'on pourrait mieux utiliser les ressources existantes, où l'on devrait offrir les soins de santé, les services et les appuis nécessaires, et qui devrait en être responsable.

5.2.1 OÙ aimeriez-vous recevoir les soins de santé, les services et les appuis dont vous avez besoin, pour que vous et votre famille demeuriez en santé?

Les participants ont souligné qu'en grande partie, la réponse à cette question est liée étroitement aux besoins du patient. Par exemple, ils étaient d'avis que les soins aux personnes âgées doivent être offerts à la maison, si possible, ou dans un foyer de soins si des soins spécialisés ou des services d'appui sont nécessaires. Ils étaient d'avis que les salles d'urgences des hôpitaux doivent être disponibles et accessibles pour les soins urgents. La suggestion a également été faite que des cliniques spécialisées, situées ailleurs que dans un milieu hospitalier, pourraient assurer la gestion des maladies chroniques.

En termes généraux, les participants ont dit que les principes directeurs suivants devraient servir à déterminer où les soins, services et appuis nécessaires sont offerts. C'est-à-dire : localement, à la maison, dans les centres de santé communautaires, dans les hôpitaux, dans les cliniques, dans les pharmacies et là où les gens vivent, travaillent et étudient.

- **Localement** : à proximité d'où les gens demeurent, en autant que possible, surtout pour les soins primaires et les services d'urgence. Il est entendu que les patients doivent voyager pour obtenir des soins plus spécialisés, et les centres d'excellence néo-brunswickois en soins spécialisés (par ex. le Centre cardiaque du N.-B. à Saint John) sont reconnus et respectés.

- **À la maison, en autant que possible** : par les membres de la famille, le personnel du Programme extra-mural, des médecins qui font des visites à domicile et grâce à Télé-Soins, surtout pour les soins aux aînés, les soins palliatifs et les suivis postopératoires.
- **Dans des centres de santé communautaires** : avec des équipes multidisciplinaires intégrées qui offrent une gamme de services éducatifs, de promotion en santé et préventifs; étroitement liés à la communauté; accessibles et proches des domiciles des patients (plus d'investissements dans les centres de santé communautaires réduiraient la demande de service auprès des médecins en pratique privée et dans les hôpitaux). Les centres de santé communautaires sont également un bon outil pour atteindre la population en offrant des soins et des renseignements plus directement – une stratégie importante pour franchir les obstacles créés par les défis de transport, de distance et l'analphabétisme, par exemple (ce qui crée des difficultés à obtenir des renseignements dans la presse écrite ou sur le Web).
- **Dans les hôpitaux** : le rôle primaire des hôpitaux devrait être d'offrir des soins aigus et des services d'urgence.
- **Dans les cliniques** : utiliser davantage les cliniques pour des services qui n'ont pas besoin d'être offerts dans les hôpitaux et/ou augmenter la disponibilité des services dans les régions rurales. Les participants ont suggéré notamment, des cliniques après les heures normales et des cliniques sans rendez-vous (pourrait aider à réduire les volumes des salles d'urgences); des cliniques spécialisées ou multidisciplinaires (pourrait offrir une approche plus efficace de gestion des maladies chroniques); et des cliniques de médecine alternative (pourrait offrir une plus grande variété de services, ce qui réduirait la demande auprès des médecins et résulterait dans des frais moins élevés pour les médicaments d'ordonnance).
- **Dans les pharmacies** : certains participants ont suggéré d'offrir un plus grand nombre de services dans des pharmacies communautaires afin de rapprocher les services des gens et sortir les services du milieu hospitalier. Ils ont suggéré, par exemple, que des infirmières pourraient faire partie des équipes de pharmacie : elles rempliraient divers rôles (par ex. la vérification de la pression artérielle, l'éducation en gestion de maladies chroniques, renseignements en santé publique).
- **Là où les personnes vivent, travaillent et étudient** : faciliter l'accès aux renseignements en santé et intégrer la promotion de la santé dans la vie quotidienne grâce à des travailleurs en santé (par ex. infirmières) dans les écoles et les milieux de travail.

« Les services devraient être offerts localement... L'hôpital est un des endroits les plus importants pour les soins de santé, mais n'oublions pas les soins à domicile pour les gens très malades et ceux qui ne peuvent pas sortir de la maison. » (Traduit)

Participant à Bathurst

Lorsque nous leur demandons de valider ces résultats de la phase III, 98 % (n=104) des participants sont « fortement en accord » ou « en accord » que ces idées dans leur ensemble reflètent les endroits où les soins, appuis et services de santé devraient être fournis.

5.2.2 DE QUI aimeriez-vous recevoir les soins de santé, les services et les appuis dont vous avez besoin pour que vous et votre famille demeuriez en santé?

Les participants veulent recevoir des soins de santé, des services et des appuis de professionnels en soins de santé compétents, bien éduqués, bien formés, qualifiés, disponibles, accessibles, et capables de communiquer avec eux dans la langue officielle de leur choix (surtout pour les premiers intervenants, dont les travailleurs paramédicaux et le personnel infirmier). Ils s'attendent également à ce que les professionnels de la santé disposent du temps nécessaire pour les écouter et qu'ils démontrent une capacité d'écoute envers le patient.

Plus spécifiquement, les participants ont suggéré que :

- **Le travail d'équipe et la collaboration** entre les travailleurs de la santé sont essentiels pour offrir des soins de qualité et des soins cohérents aux patients. Cela veut dire que les médecins (de famille et spécialistes) travaillent en collaboration avec les pharmaciens, le personnel infirmier, les travailleurs paramédicaux et le personnel infirmier en santé publique, etc. Notamment, il faut préciser et optimiser le rôle de chaque professionnel en santé afin

« Il faut arriver à mieux partager les responsabilités entre les médecins, les infirmières et les patients. » (Traduit)

Participant à Moncton

« Élargir le rôle des infirmières, des paramédicaux et des services ambulanciers pour minimiser le besoin d'autant de médecins. Par exemple, à l'hôpital de Bathurst, les infirmières peuvent "soigner et donner le congé" aux patients en urgence sans que les patients aient à voir un médecin. »

Participant à Bathurst

- que chacun d'entre eux utilise toute la gamme de ses compétences, et que des professionnels en santé, autres que les médecins, assurent des tâches telles que la vaccination et l'éducation, par exemple.
- **Le personnel infirmier** devrait avoir davantage de responsabilités et de pouvoir de décision.
- Les professionnels qui soignent et offrent des services d'appui dans le domaine de la **santé mentale** (par ex. les psychologues) doivent être intégrés au système de soins de santé.
- On estime que **les pharmaciens** sont des acteurs importants de l'équipe de soins de santé et que l'on pourrait les habiliter à en faire davantage afin de réduire le fardeau sur les médecins (surtout dans les domaines des ordonnances et du renouvellement des ordonnances, l'éducation en santé publique et la gestion des maladies chroniques).
- **Les travailleurs paramédicaux** pourraient en faire davantage et non pas seulement « assurer le transport des patients »; ils pourraient aider avec d'autres tâches (par ex. le traitement des blessures) ou l'éducation publique.

- **Les nutritionnistes et les diététiciennes** jouent un rôle clé en raison de l'importance d'un régime équilibré dans le maintien d'un style de vie actif et la prévention de maladies chroniques.
- Le système de santé doit intégrer les **praticiens de médecine alternative et holistique** dont, par exemple, les chiropraticiens, les naturopathes, les physiothérapeutes, les massothérapeutes, les réflexologistes et les acuponcteurs, etc.
- Nous avons grandement besoin de professionnels qui aideraient les patients à **navigation avec efficacité dans le système de santé** (par ex. travailleurs sociaux, navigateurs, gestionnaires de cas), surtout pour les populations les plus vulnérables (par ex., à faibles revenus, les analphabètes, les personnes âgées, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale).
- Un certain nombre de **professionnels qui ne travaillent pas en santé** peuvent et devraient jouer un rôle important en promotion de la santé et dans la prévention des maladies. Parmi eux, les enseignants, les mentors, les bénévoles, les groupes d'entraide des pairs, les organismes communautaires, les organismes sportifs et de mieux-être qui visent les jeunes et les employeurs. On pourrait également demander à des groupes tels que l'Ambulance Saint-Jean de jouer un plus grand rôle dans la promotion de la santé et la prévention des maladies.
- Les services permettant aux gens d'être mieux soignés à la maison ou de mieux soigner les membres de leurs familles – le **Programme extra-mural** et le service **Télé-Soins** – remplissent une fonction importante dans le système de soins.
- **Les membres de la famille** peuvent jouer un rôle important pour offrir des soins à leurs proches, s'ils peuvent accéder aux renseignements, à la formation et aux appuis nécessaires. Un participant à la session de Moncton l'a exprimé ainsi : « *Donnez les compétences aux membres des familles ou aux clients pour s'auto-soigner (par ex., comment changer un pansement).* »

Certains participants ont également soulevé le rôle des **médias** dans la transmission d'information sur le système de santé, ses réalisations et les services offerts, ainsi que des messages de promotion de la santé et de prévention des maladies venant du système de santé. Ils ont fait remarquer que les stratégies de **marketing social** sont de bons moyens de modifier les comportements, de faire de la publicité pour augmenter la **prise de conscience** sur des questions liées à la santé, et que les **médias sociaux** (dont Twitter et Facebook) pourraient aussi être utiles pour atteindre le public.

« Le ministère de la Santé devrait se vanter un peu : il devrait appeler la télévision et dire au public ce qui se passe dans le système. Beaucoup de bonnes choses se font. »
(Traduit)

Participant à Saint John

D'autres participants ont suggéré que des **ressources** spécifiques pourraient être développées pour faire la promotion du système de soins, facilitant ainsi l'accès à l'information et à la navigation dans le système et diminuant la fréquence avec laquelle les citoyens utilisent

les services des hôpitaux et des centres de santé communautaire. Parmi ces ressources, il y aurait :

- **des « plans de soins »** qui indiqueraient quels professionnels de la santé sont impliqués et quels services sont disponibles pour les soins de maladies spécifiques (par ex. maladies chroniques à haute incidence, comme le cancer ou le diabète) afin d'aider les patients à naviguer dans le système de soins;
- **des « guides de soins familiaux »** qui contiendraient des renseignements (conseils et suggestions) sur l'identification des maladies communes, ce qui permettrait aux familles de prodiguer davantage de soins autonomes à la maison; et
- **des « guides de santé communautaires »** qui contiendraient la liste des services, des ressources et des services d'appui disponibles dans les collectivités.

En dernier lieu, les participants ont réitéré que **chaque Néo-Brunswickois** doit également assumer ses responsabilités vis-à-vis sa santé.

À nouveau, 98 % des participants de la phase III (n=108) sont « fortement en accord » ou « en accord » que ces idées prises dans leur ensemble reflètent *par qui* les soins, services et appuis de santé doivent être fournis.

5.3 Ce que le système de santé doit faire de plus et ce qu'il doit faire en moins

Puisqu'il faut optimiser l'utilisation des ressources disponibles en santé – et en reconnaissant qu'à moins d'un revirement de la tendance, 50 % du budget du Nouveau-Brunswick sera investi dans les soins de santé d'ici 2015 – on a demandé aux participants de réfléchir à ce que le système pourrait faire DE PLUS et ce qu'il devrait faire EN MOINS afin que les citoyens et leurs familles jouissent d'une meilleure santé. Les participants ont exprimé un certain nombre d'idées qui sont liées aux questions clés identifiées durant la phase I.¹²

Dans la phase III, 96 % des participants (n=107) sont « fortement en accord » ou « en accord » que les idées suivantes prises dans leur ensemble reflètent de façon précise ce que le système de santé devrait faire *de plus*. Légèrement moins de participants (87 %, n=109) sont « fortement en accord » ou « en accord » que les idées suivantes prises dans leur ensemble reflètent ce que le système de santé devrait faire *en moins*.

¹² Souvent, ces idées étaient exprimées en utilisant les termes « plus » ou « moins », par ex., « une distribution plus équitable des cliniques et des professionnels en santé dans la province » et « moins de centralisation des services en santé ». Dans ces cas, le thème dominant est présenté sous la bannière « plus » ou « moins » selon la description la plus commune offerte par les participants.

5.3.1 Améliorer l'accès

Les participants estiment qu'il faut en faire plus pour améliorer l'accessibilité.

- Que **l'accès aux spécialistes** soit plus facile, par ex., que cela soit moins difficile et que cela prenne moins de temps pour obtenir une référence (par ex. réduire le nombre d'étapes, éliminer le besoin de voir d'abord un médecin de famille)

« On pourrait manipuler les 'cédules' des médecins pour les encourager à donner des conseils aux patients, par exemple pour le tabagisme... Dans certains pays, 'pay for performance' ça existe. »
Participant à Moncton
- Inciter les médecins à prendre **davantage de temps** avec les patients lors d'une visite, permettant, par exemple, à un patient de discuter de plus d'un problème de santé par visite.

« Plus de médecins payés à salaire versus à l'acte. »
Participant à Edmundston
- Assurer une **meilleure distribution des cliniques et des professionnels en santé qui serait plus équitable** dans la province et les régions rurales (au lieu d'une concentration dans les mêmes régions). Offrir des incitatifs pour que les médecins demeurent dans les milieux où on a le plus besoin d'eux.
- Offrir aux citoyens plus de choix en soins de santé, services et services d'appui en intégrant la **médecine alternative** au système de soins de santé et intégrant ces services à l'assurance-maladie (par ex. traitements chiropratiques et de naturopathies). Un groupe à Moncton a noté qu'il fallait « arrêter de médicaliser les grossesses » et offrir l'accès aux services des sages-femmes.

« Des personnes avec des formations en santé pourraient aider à alléger la demande en communauté. »
Participant à Edmundston
- Établir **les installations et les ressources requises pour soigner la population vieillissante du Nouveau-Brunswick**. Cela inclut la planification pour de nouvelles constructions (par ex. foyers de soins) et des lits pour les aînés afin de désengorger les lits d'hôpitaux occupés par des patients en attente de placements; augmenter la qualité des soins dans les foyers de soins en assurant un meilleur suivi et un accès aux services d'appui, dont aux travailleurs sociaux et aux diététistes. Il faudrait aussi élaborer **des stratégies de soins pour les aînés, familiaux et communautaires**, dont des programmes récréatifs pour les aînés et la distribution de renseignements, la formation et l'aide financière aux aides soignants dans les familles. Un groupe de Saint John l'a exprimé ainsi : « Il ne s'agit pas d'aller dans les foyers de soins et les établissements de soins de longue durée pour mourir, mais pour vivre. »
- Investir dans des programmes communautaires conçus pour **réduire les admissions à l'hôpital** (par ex. Programme extra-mural).
- Reconnaître des facteurs tels que **la langue, les distances et l'incapacité de voyager**, afin que ces éléments ne constituent pas des barrières à l'accès.

Les participants estiment qu'il faut réduire ce qui suit afin d'améliorer l'accessibilité.

- Réduire les temps d'attente avant de pouvoir voir un médecin (spécialistes et médecins de familles) ou pour obtenir des services.
- Moins de « **bureaucratie** » lorsqu'il s'agit de voir un spécialiste ou d'obtenir des soins alternatifs.

5.3.2 Investir dans la promotion de la santé et la prévention des maladies

Les participants estiment qu'il faut en faire plus pour améliorer la promotion de la santé et la prévention des maladies.

- L'éducation sur la prévention et la gestion des **maladies chroniques**.
- Un plus grand accès aux **modèles de rôle** en bonne santé et une plus grande visibilité.
- Créer une « culture de la santé » **durant la petite enfance, en intégrant la santé à l'école** grâce à des programmes d'éducation en santé, davantage d'activités physiques, d'intervention précoce et des évaluations.
- Davantage d'initiatives, de programmes, de ressources et d'installations **communautaires** afin d'encourager les gens à demeurer actifs (par ex. espaces verts, pistes cyclables).
- Plus d'accent sur les **soins primaires** et leurs rôles dans la prévention et la promotion de la santé.
- Plus d'**éléments dissuasifs** (par ex. taxes, règlements) **lorsque des choix nuisibles pour la santé se font** (par ex. usage du tabac, malbouffe).
- La plupart des employeurs néo-brunswickois sont de petites entreprises qui n'ont pas les ressources nécessaires pour développer des programmes significatifs de mieux-être. Il faudrait investir davantage dans des **stratégies de promotion de santé au travail** (par ex. crédits d'impôt pour les employeurs offrant des programmes viables de mieux-être au travail).
- Des initiatives pour encourager les personnes à **assumer leurs responsabilités** en santé. Par exemple, certains participants ont suggéré la création d'une « fiche de rendement sur l'état de santé » pour que chaque citoyen puisse être sensibilisé aux améliorations et détériorations de sa santé ainsi que de son utilisation du système de santé.

« Intervention précoce et des évaluations dans les écoles, faites par les infirmières en santé publique... » (Traduit)

Participant à Moncton

« La santé, c'est un projet de vie, de la naissance au décès. Il faut créer la culture de la santé à partir d'un très jeune âge... »

Participant à Bathurst

« Il faut que l'éducation en santé soit présente dans les écoles... Les enfants peuvent entraîner leurs parents. » (Traduit)

Participant à Saint John

« À la fin de l'année, chaque patient devrait avoir une feuille de route avec les coûts chargés au système pour les soins et tests qu'ils ont reçus durant l'année. »

Participant à Moncton

5.3.3 Frais et financement du système de santé

Selon les participants, les mesures suivantes devraient être appliquées pour réduire les coûts liés au système de soin de santé :

- Moins de **bureaucratie** dans la gestion du système de santé.
- Réduire les **pratiques non efficaces** dans la livraison des soins de santé. On suggère, par exemple, de réduire le gaspillage en tout genre; minimiser le nombre d'heures où des appareils coûteux sont inutilisés; exiger moins de travail de bureau des infirmières; moins de chevauchement dans les services et les tests; une réduction de l'utilisation des salles d'urgences quand il s'agit de problèmes non urgents; et, moins de soins basés dans les hôpitaux lorsque l'hospitalisation n'est pas nécessaire.
- Une **plus grande utilisation des installations et des édifices disponibles** (surtout les écoles) afin de réduire les coûts et rapprocher les services des gens.

« Nous devons changer nos idées sur l'infrastructure. Les soins de santé, ce ne sont pas des édifices dans la communauté. N'enlevons pas les services trop rapidement lors d'une restructuration ou d'une réforme. Quand on veut entraîner un jeune enfant à utiliser la toilette, on ne se débarrasse pas des couches dès que l'entraînement commence. »
(Traduit)

Participant à Edmundston

« Les points d'entrée peuvent être les hôpitaux, mais ces institutions n'ont pas les réponses à tout, surtout pour les maladies chroniques... Certaines personnes sont mieux à la maison, [mais nous devrions également examiner] d'autres installations telles que les salles paroissiales. » (Traduit)

Participant à Saint John

- Viser la réduction des frais en **médicaments** dans le système de santé : encourager les médecins à prescrire moins de médicaments (moins d'abus d'ordonnance, contrôler l'influence des compagnies pharmaceutiques); identifier des alternatives aux thérapies basées sur les médicaments si d'autres options existent et financer des interventions préventives (par ex. aides pour renoncer au tabac); et encourager une plus grande utilisation de médicaments génériques. Il faudrait également s'assurer que le coût prohibitif ne devienne pas une barrière à l'accès aux médicaments lorsqu'ils sont nécessaires (par ex. couverture des médicaments onéreux). À Bathurst, un participant l'a exprimé ainsi : *« Moins d'abus d'ordonnance, POINT. »*
- Réduire le gaspillage dans le système de soins (plus d'imputabilité) en éduquant et informant les citoyens et les patients des **véritables frais liés aux soins de santé qu'ils veulent et reçoivent**; encourager les médecins à faire un usage plus contrôlé des médicaments et des tests; et contrôler l'influence des compagnies pharmaceutiques.

« Si nous devons payer nous-mêmes les tests que nous subissons, voudrions-nous en passer autant? » (Traduit)

Participant à Moncton

5.3.4 Optimiser les services de santé

Les participants estiment qu'il faut en faire plus pour optimiser les services de santé.

- Utiliser davantage les **technologies de l'information** pour partager l'information et réduire le chevauchement des efforts, dont le système **Un patient, un dossier**, ce qui permettrait une meilleure communication entre médecins, spécialistes, hôpitaux et pharmacies de la province, ainsi qu'un meilleur accès aux renseignements sur les patients, dont les résultats en laboratoire. La technologie pourrait également être utilisée pour standardiser les politiques et procédures au niveau administratif.
- Utiliser davantage les **technologies de communication** existantes, dont, par exemple, les vidéoconférences, sites Web, CD, webémissions et courriels pour améliorer les communications et l'éducation communautaire.
- Consulter le **personnel de première ligne** et apprendre de ses réalisations.
- Soutenir les **services de santé aux femmes, en obstétrique et en maternité** en intégrant au système d'assurance-maladie les services de sages-femmes, les programmes de santé maternelle et en facilitant l'accès à l'avortement; offrir des programmes de mieux-être conçus spécialement pour les femmes (par ex. renseignements et services d'appui liés à la ménopause). Bien que l'idée ne soit pas aussi souvent mentionnée, on a parlé de rendre l'avortement accessible en matière de services de santé aux femmes.
- S'assurer que la **protection des renseignements personnels** n'est pas une barrière à la capacité d'offrir des soins de qualité ponctuels aux patients.

5.3.5 Rendre le système de soins plus axé sur le citoyen

Les participants estiment qu'il faut en faire plus pour rendre le système de santé plus axé sur le citoyen.

- Offrir autant de **soins à domicile** que possible par des services, des ressources et un appui financier aux familles qui soignent, à domicile, les aînés ou d'autres membres de la famille ayant besoin de soins spéciaux. Cela inclut : fournir un plus grand accès à des soins qualifiés à domicile et au Programme extra-mural; enseigner aux membres de la famille et aux autres aides soignantes comment offrir de bons soins aux patients; offrir de l'aide financière pour aider et encourager les familles à soigner leurs êtres chers malades ou vieillissants à la maison.
- Investir dans le réseau provincial des **centres de santé communautaires** et offrir davantage de services dans la communauté; décongestionner les hôpitaux et les salles d'urgences et améliorer l'accès aux soins, notamment dans les régions rurales.
- Appuyer le rôle des **collectivités** et des **preneurs de décisions locaux** en santé et en soins de santé, et reconnaître les besoins distincts des régions rurales et urbaines du Nouveau-Brunswick.

« Plus de pouvoir de décision en ce qui concerne les décisions ayant un impact communautaire. » (Traduit)

Participant à Bathurst

- En matière de **soins de fin de vie/palliatifs**, il faut en faire plus en ce qui a trait au respect des désirs des patients. Comme l'a exprimé un groupe à Moncton : « *Il faut moins d'acharnement thérapeutique.* »
- Considérer les besoins **des citoyens les plus vulnérables et de ceux qui sont privés de leurs droits**. Cela inclut les besoins uniques et les défis **des personnes sans abris** au Nouveau-Brunswick, comme le taux élevé de maladies mentales et les problèmes de dépendance.

Les participants estiment qu'il faut réduire ce qui suit pour rendre le système de santé plus axé sur le citoyen.

Les participants ont également souligné à maintes reprises qu'il fallait « **éliminer la politique des soins de santé** ». Ils souhaitent moins d'interférence politique dans les décisions concernant le système de soins de santé; moins d'études et de réformes coûteuses et une **plus grande collaboration entre les ministères**, surtout pour les questions liées à la promotion de la santé et la prévention des maladies.

« Démontrer l'importance de la santé dans les écoles. Meilleur partenariat entre les ministères de la Santé et de l'Éducation. »

Participant à Edmundston

« On dirait que des cloisons séparent les différents ministères responsables de l'éducation, de la justice, du travail social et de la santé, alors que les gens ont besoin de soins de santé accessibles dans les écoles et dans leur communauté. Nous devons nous tourner vers une approche où tout le monde, y compris les médecins, travaille en équipe. » (Traduit)

Participant à Saint John

« Moins de consultation et plus d'action; moins de politique; moins de politique autour de la langue. »

Participant à Bathurst

« Il faut prendre des décisions à long terme... Les décisions doivent être plus longue qu'un mandat politique. »

Participant à Edmundston

« Les sujets d'intérêt à Fredericton ne reflètent pas toujours ce qui se passe dans les régions rurales. De plus, les politiciens au niveau provincial ne savent pas toujours ce qui se passe au niveau municipal, contrairement aux politiciens municipaux. Un changement de mentalité est nécessaire. » (Traduit)

Participant à Moncton

5.4 Promouvoir des choix et des comportements santé

Lors du dernier exercice de la journée, les participants ont été invités à réfléchir à ce qu'ils feraient pour s'aider eux-mêmes, ainsi qu'aider les membres de leur famille, à avoir une meilleure santé. À cette fin, on leur a demandé d'examiner :

- quels choix et comportements santé pourraient être contrôlés directement par la plupart des individus; et
- quels genres d'incitatifs et d'appuis seraient utiles pour encourager les Néo-Brunswickois à faire des choix et à adopter des comportements santé.

Les tableaux suivants offrent un résumé des idées des participants sur les types de choix en santé que la population du Nouveau-Brunswick pourrait préférer et quels incitatifs et appuis pourraient être offerts pour faciliter ou encourager ces choix.

Les choix ont été réunis sous sept thèmes :

- faire de l'exercice régulièrement;
- avoir de bonnes habitudes alimentaires;
- prendre soin de soi-même et être responsable de sa santé;
- réduire l'utilisation et la consommation de substances nocives;
- s'occuper de sa santé et se tenir au courant;
- créer des collectivités sécuritaires, qui coopèrent et sont soucieuses de leur santé;
- faire la promotion et l'éducation des choix de vie sains dans les écoles; et
- autres.

Lorsque nous leur avons demandé de valider ces résultats de la phase III, 97 % des participants étaient « fortement en accord » ou « en accord » que ces idées prises dans leur ensemble reflètent de façon précise les genres *d'actions incitatives* et les *appuis* requis pour encourager des choix et des habitudes de vie sains par les Néo-Brunswickois.

Tableau 15 : Faire de l'exercice régulièrement

« Ne serait-ce pas génial si l'on pouvait prendre notre carte d'assurance-maladie, la glisser dans le lecteur au gymnase et avoir des "crédits" quand on fait de l'exercice? » (Traduit) – Participant à Saint John

Comportements	Incitatifs et appuis ¹³
<ul style="list-style-type: none"> • Des activités physiques, récréatives et de loisir, des passe-temps et des activités à l'extérieur • Des activités quotidiennes, par ex., prendre les escaliers au lieu de l'ascenseur, marcher au lieu de conduire, marcher à l'école au lieu de prendre l'autobus • Enseigner aux enfants comment être actifs (comment être moins souvent devant la télévision ou l'ordinateur) • Des activités pour les jeunes et pour les personnes âgées • Des activités de groupe, se trouver un partenaire pour faire de l'exercice (système du copain) afin d'augmenter la motivation et la régularité du programme d'exercice 	<ul style="list-style-type: none"> • Davantage de fonds pour que les collectivités organisent des programmes récréatifs pour tous les âges : la course, le vélo, les clubs de canotage, les équipes de sports, etc. • Davantage d'infrastructure communautaire intérieure et extérieure, pistes de marche et de vélo gratuites et accessibles au public, piscines et terrains de jeux, espaces verts dans les lotissements • Financement/crédits d'impôt/appui aux programmes de mieux-être en milieu de travail : <ul style="list-style-type: none"> ○ Des salles d'exercice au travail ou des subventions pour joindre un gymnase ○ Intégrer l'exercice à la journée de travail, par ex., club de marche ou de course à l'heure du dîner, défi podomètre en milieu de travail ○ Des concours pour promouvoir les habitudes d'alimentation saines • Augmenter le nombre d'heures d'éducation physique au programme éducatif • Déduction fiscale/crédit d'impôt/incitatif pour ceux qui sont membres d'un gymnase et pour les autres frais liés à l'exercice. Par exemple, réduire les taxes ou offrir des crédits d'impôts sur les achats liés à l'équipement sportif, pour ceux qui adhèrent à un gymnase, etc. • Promouvoir le « transport actif » : marcher au travail ou à l'école • Offrir du transport public efficace à un coût raisonnable

¹³ Même si les comportements et les actions incitatives et/ou les appuis sont regroupés sous un thème commun, les actions incitatives ne mènent pas directement à des comportements spécifiques.

Tableau 16 : Avoir de bonnes habitudes alimentaires

« Réduire le sodium et le gras dans les produits au supermarché » – Participant à Edmundston	
Comportements	Incitatifs et appuis
<ul style="list-style-type: none"> • Éliminer la malbouffe et prêts-à-manger, consommer moins de gras, de sel et de sucre • Boire plus d'eau • Préparer des repas santé à la maison • Suivre le Guide alimentaire canadien, modifier les habitudes alimentaires nocives à la santé, par ex., ne pas trop manger • Acheter des produits locaux et biologiques • Manger de plus petites portions • Faire preuve de maîtrise de soi 	<ul style="list-style-type: none"> • Financer le coût des produits locaux et biologiques et autres aliments santé; appuyer les fermiers locaux afin d'augmenter la disponibilité et réduire le prix de la nourriture locale • Réglementer/taxer/bannir la malbouffe et les boissons énergisantes. Placer un avis sur la malbouffe comme sur les paquets de cigarettes • Créer /appuyer les jardins et les cuisines communautaires • Programmes d'éducation : cours de cuisine (par ex. dans les cuisines communautaires collectives, dans les épiceries), des sessions d'information sur la nutrition, des publicités à la télévision • Promouvoir les options santé lors de certaines fêtes saisonnières (par ex., des fruits à Pâques au lieu de chocolat) • Programmes scolaires de déjeuner et dîners santé

Tableau 17 : Prendre soin de soi-même, être responsable de sa santé

« Faire la promotion du patient en tant que membre de l'équipe de soins » – (Traduit) Participant à Moncton	
Comportements	Incitatifs et appuis
<ul style="list-style-type: none"> • Dormir suffisamment, se reposer, relaxer, ralentir : « prendre le temps de sentir les roses » • Un bon équilibre travail-vie • Reconnaître, gérer et diminuer le niveau de stress, éviter les situations de stress • Avoir une attitude positive, s'aimer; contrôler la colère, les pensées négatives et la rage au volant • Stimuler son esprit grâce à des activités et une stimulation mentale • Avoir des relations familiales et interpersonnelles saines; socialiser • Avoir des relations sexuelles saines et des pratiques sexuelles sans risque • Voir le médecin pour un examen annuel complet, dont les programmes de dépistage approprié • Développer sa spiritualité • Connaître les antécédents médicaux dans nos familles respectives, si possible • Respecter les avis médicaux • Avoir recours aux groupes d'appuis et de pairs, au besoin (AA, tabagisme) • Se laver les mains • Développer des aptitudes de gestion du temps • Ne pas avoir peur de demander de l'aide 	<p>Offrir des services d'appuis qui visent des modes de vie sains :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation en toxicomanie • Accès régulier à un médecin • Appui en santé mentale • Aide financière ou coupons alimentaires pour aider les familles à faible revenu à acheter une nourriture plus saine • Appui aux besoins essentiels, par exemple le logement à prix abordable, les crédits d'impôt pour le chauffage, l'appui aux mères chefs de familles • Offrir des récompenses à ceux qui demeurent en santé, par ex., ceux qui ne prennent pas de congés de maladie ou qui n'utilisent pas les services de santé • Éducation sexuelle dans les écoles, méthodes contraceptives gratuites pour les adolescents • Programmes (et cultures) en milieu de travail pour promouvoir l'équilibre travail-vie et qui tiennent compte des besoins des familles • Centres de jour pour adultes (semblables aux centres pour les jeunes) où l'on offre des renseignements, de l'aide, des activités et une participation à un réseau social

Tableau 18 : Réduire l'utilisation et la consommation de substances nocives

« Il importerait d'éduquer les gens afin de prévenir divers types d'abus, comme l'abus d'alcool, de drogues et de malbouffe. » - Participant à Edmundston	
Comportements	Incitatifs et appuis
<ul style="list-style-type: none"> • Éliminer l'usage illégal des drogues et l'abus des médicaments sur ordonnance • Diminuer, éviter et cesser l'usage du tabac • Consommer l'alcool en modération • Prendre les médicaments sur ordonnance tels que prescrits 	<ul style="list-style-type: none"> • Impôts plus élevés sur les substances nocives pour la santé (par ex. tabac, alcool, boissons énergisantes) pour en décourager l'usage • Des initiatives de prévention auprès des jeunes, afin de réduire l'usage du tabac et des drogues • Programme d'échange de seringues • Centres de traitement à la méthadone

Tableau 19 : Devenir conscient de sa santé et être toujours bien informé

« Des renseignements sur les modes de vie sain devraient être distribués. » (Traduit) – Participant à Moncton	
Comportements	Incitatifs et appuis
<ul style="list-style-type: none"> • Être conscient de faire des choix de modes de vie sains • Connaître sa propre condition de santé et ses antécédents familiaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des renseignements au public afin que des décisions éclairées puissent être prises • Organiser des sessions d'information communautaire et des cours sur la santé et les modes de vie sains • Utiliser les médias pour transmettre des informations à ce sujet

Tableau 20 : Créer des collectivités sécuritaires et soucieuses de leur santé

« Nous avons la responsabilité de s'intéresser et d'aider ceux qui ne peuvent pas s'aider eux-mêmes. » (Traduit) – Participant à Saint John	
Comportements	Incitatifs et appuis
<ul style="list-style-type: none"> • Privilégier les comportements prudents : par ex. le port de la ceinture de sécurité et du casque protecteur 	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager les environnements sécuritaires à la maison et au travail • Réduire la pollution environnementale (par ex. l'usage de pesticides et de produits chimiques toxiques dans les cosmétiques, les produits de nettoyage domestique) • Offrir des cours de formation de conduite obligatoires aux adolescents • Offrir des tests de conduite obligatoires pour les personnes âgées de 65 ans et plus

Tableau 21 : Dans les écoles – la promotion et l'éducation sur les choix de modes de vie sains

« Durant l'année scolaire, du personnel infirmier devrait venir dans les écoles parler de nutrition, d'éducation physique et de santé. » - Participant à Bathurst

Comportements	Incitatifs et appuis
<ul style="list-style-type: none"> • Les parents et les écoles font la promotion d'une meilleure alimentation et de l'exercice auprès des jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le nombre d'heures d'éducation physique dans les écoles, pour tous les âges et assurer un minimum d'activité physique quotidienne • Développer une « fiche de santé » dans les écoles avec le statut de santé de chaque élève • Expliquer aux élèves les éléments d'une bonne nutrition • Offrir de l'éducation sexuelle dans les écoles • Offrir une nourriture saine dans les écoles • S'assurer que les garderies et les programmes de soins avant et après école offrent suffisamment d'activités physiques

Tableau 22 : Autres

AUTRES
« Le fait de voter nous donne un certain contrôle » - Participant à Bathurst
Établir un système de récompense pour les professionnels en santé qui ont de bons résultats de santé avec leurs patients
Rabais sur les frais de renouvellement du permis de conduire lorsque les conducteurs signent leur carte de don d'organes
Apprendre des meilleures pratiques de marketing social pour promouvoir les changements de comportements

6. LA PHASE III : LES TERRAINS D'ENTENTE



Au cours de la troisième et dernière phase de ce processus, nous avons mis les participants au défi d'entreprendre la tâche difficile d'établir des priorités parmi les nombreuses idées et suggestions qui ont été soumises lors des phases I et II. Afin de les aider à structurer ce travail, nous avons regroupé par thème les idées les plus saillantes et les plus fréquentes qui ont surgi et les avons présentées comme une série de domaines possibles d'action sous deux grandes catégories : les soins primaires et les soins aigus/de soutien. Puis, nous les avons soumises aux participants pour réflexion (vous trouverez un sommaire au **tableau 23**). Chaque participant a reçu une feuille de travail portant sur les soins primaires et les soins aigus/de soutien (voir l'**annexe E**).¹⁴

Tableau 23 : Domaines possibles d'action

Soins primaires	Soins aigus/de soutien
Faire des Centres communautaires de santé et des cliniques la pièce maîtresse des soins primaires	Minimiser « l'éloignement des soins »
Faire un usage maximal (et innovatif) des infrastructures disponibles afin d'offrir des services de soins primaires sur place/(plus) près de la maison	Faciliter l'accessibilité aux soins spécialisés
Promouvoir et appuyer une collaboration interprofessionnelle	Renforcer l'aide aux soins à domicile
Concevoir des promotions axées sur la santé/des programmes de prévention des maladies	Intégrer complètement les systèmes de santé mentale et physique
Optimiser les rôles et responsabilités des professionnels de la santé	Faciliter la navigation dans le système de santé
Intégrer des praticiens de médecine douce ou holistique dans le système de santé	Préparer des stratégies ou des programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques
Inciter les personnes à prendre une plus grande responsabilité à l'égard de leur propre santé, à adopter des habitudes de vie plus saines	Augmenter notre capacité à soigner la population vieillissante de la province
Créer des communautés sécuritaires, qui coopèrent et sont soucieuses de leur santé	Renforcer les services de santé obstétrique/maternelle/féminine
Contenir les coûts croissants des médicaments	Respecter les désirs des patients

¹⁴ Il est important de noter que quelques idées soumises par les participants ne faisaient pas partie des soins primaires ni des soins aigus/de soutien. Cependant, aux fins de cet exercice, toutes les idées ont été regroupées dans l'une ou l'autre des catégories, là où elles convenaient le mieux.

Nous avons demandé aux participants d'imaginer qu'ils étaient ministre de la Santé d'un jour, tout au long de leur évaluation de chaque option, d'abord en se fiant à leur réflexion personnelle, puis dans le cadre d'une discussion avec leurs collègues du groupe, et finalement lors de la séance plénière. La tâche que nous leur avons assignée consistait à choisir lesquelles des deux options, en soins primaires et en soins aigus/soins de soutien, ils choisiraient de traiter en tenant compte de s'assurer que le système de santé en premier lieu :

- réponde aux besoins et aux attentes des Néo-Brunswickois (comme on les avait précisés tout au long des phases I et II du processus) ; et
- s'avère viable à long terme.

En second lieu, nous avons rappelé aux participants qu'à titre de ministre de la Santé, ils devaient trouver un équilibre entre des besoins et des intérêts concurrents, y compris :

- équilibrer la réponse de la province entre les besoins actuels et la poursuite d'objectifs à venir;
- reconnaître et traiter les besoins et attentes uniques de diverses populations (par ex., les enjeux liés aux enfants et aux jeunes, aux personnes âgées, aux personnes ayant une incapacité ou des troubles de santé mentale);
- allouer des ressources à la fois aux soins et aux services « en amont » (promotion/prévention) et « en aval » (curatifs);
- allouer des ressources dans tous les secteurs des soins de santé (primaires, aigus, de soutien/spécialisés, palliatifs);
- optimiser les investissements dans les centres d'excellence et les soins locaux; et
- déterminer si des interventions dans tout le système ou ciblées sont requises.

6.1 Les priorités en matière de soins primaires

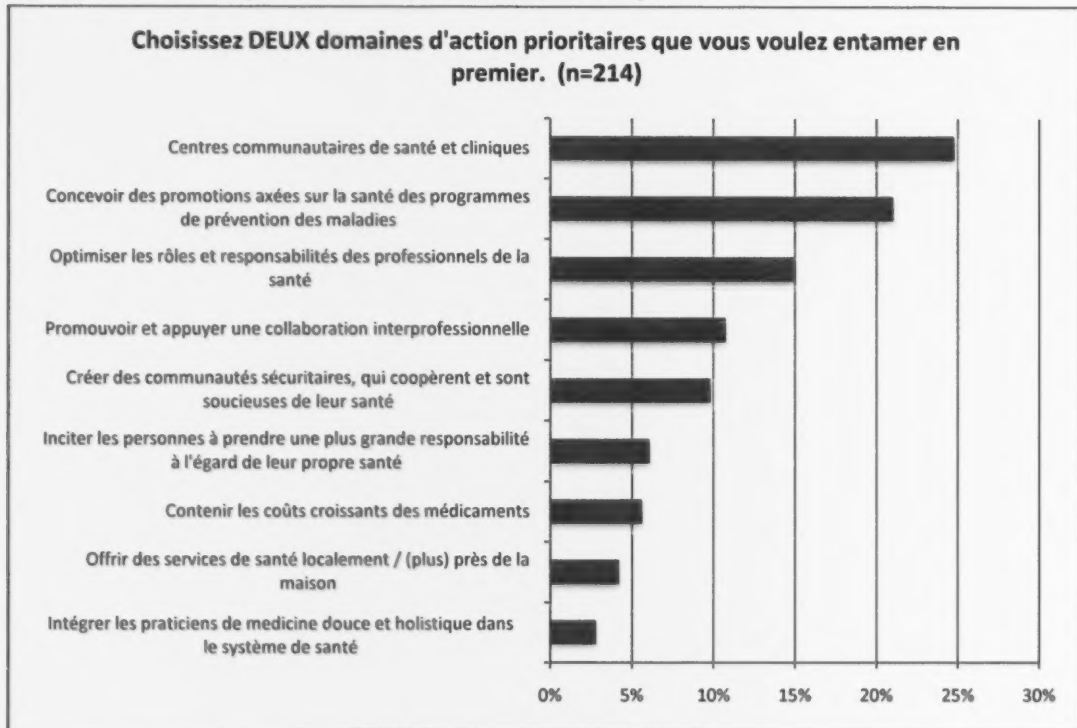
Les participants de la phase III ont débuté en explorant neuf domaines possibles d'action liés aux soins primaires. Ils ont commencé en identifiant quelles deux actions ils choisiraient d'entreprendre s'ils étaient ministre de la Santé d'un jour, puis ils ont partagé et discuté de ces choix au sein de leur groupe. Chaque groupe a alors discuté des avantages, des inconvénients et des compromis associés à leurs premiers choix, et ont partagé tout cela en séance plénière.

Après avoir entendu les arguments en faveur de chaque domaine d'action proposé, nous avons demandé aux participants de voter (à l'aide de clavier numérique) pour les deux actions liées aux soins primaires qu'ils choisiraient d'entreprendre en premier.

Comme l'indique la **figure 26**, « Faire des centres de santé communautaires et des cliniques les pièces maîtresses des soins primaires » et « Mettre au point des programmes ciblés de promotion de la santé/prévention des maladies » ont ressortis clairement comme étant les actions préférées, obtenant respectivement 25 % et 21 % des votes des participants. « Optimiser les rôles et responsabilités des professionnels de la santé » s'est classé troisième, avec 15 % des votes.

Ce qui suit résume les raisons qu'ont fournies les participants pour expliquer la raison de leur choix de ces domaines particuliers d'action.¹⁵ Chaque section débute par une description du domaine d'action, tel qu'il a été présenté sur la feuille de travail du participant qui a été utilisée au cours de cet exercice (voir l'annexe E).

Figure 26 : Les soins primaires - les domaines d'action prioritaires¹⁶



6.1.1 Faire des centres de santé communautaires et des cliniques les pièces maîtresses des soins primaires

Afin de réduire le fardeau des hôpitaux et en faciliter l'accessibilité, surtout dans les régions rurales, déménager le plus de programmes et de services de soins primaires vers les centres de santé communautaires et/ou les cliniques (par ex. les cliniques sans rendez-vous, les cliniques après les heures de bureau et les cliniques spécialisées, comme celles pour la gestion des maladies chroniques ou la santé des femmes/des mères).

¹⁵ La distribution inégale de détails dans la section qui suit reflète le fait que les participants ont passé plus de temps à discuter ces éléments qui étaient d'une plus grande importance pour eux.

¹⁶ Bien que l'on ait demandé aux participants d'indiquer deux choix, il se peut que certain parmi eux aient préféré ne pas répondre ou faire un seul choix. En effet, même si 111 personnes ont participé à la session de dialogue de la phase III, il n'y a eu que 214 réponses à la question posée. La présente observation s'applique également aux résultats de la figure 26.

Comme le font voir les résultats du vote obtenu à l'aide du clavier numérique, ainsi que les commentaires des participants tout au long des trois phases de ce projet, le modèle du centre de santé communautaire allié aux cliniques, y compris les cliniques mobiles, fonctionne bien et est très valorisé par les participants. Ils ont affirmé de façon répétée qu'ils croient que cette approche est hautement prometteuse en ce qui a trait à une accessibilité améliorée aux soins de santé.

Les commentaires des participants sur le modèle du centre de santé communautaire suivent.

- **Rend possible un accès plus**

équitable aux soins. En apportant des services aux citoyens dans leurs communautés, les centres de santé communautaires offrent un plus grand accès aux soins locaux de santé, ce qui a semblé particulièrement important en régions rurales où les citoyens doivent fréquemment se déplacer sur une bonne distance pour avoir accès aux services des grands centres. Au-delà de la question de la commodité, les participants estiment qu'il s'agit là d'une stratégie clé visant à assurer un accès plus équitable aux soins pour ceux qui n'ont pas de médecin de famille.

« Nous devons transférer plus de pouvoirs vers les centres de santé communautaires, de façon à ce qu'ils puissent répondre aux besoins de la communauté plutôt que d'offrir des services qui ne répondent pas aux besoins locaux. »

« Plus d'accessibilité aux centres de santé communautaires en régions rurales. Plus de cliniques mobiles, comme à l'époque des cliniques contre la tuberculose, des camions de transport pour l'imagerie par résonance magnétique. Éviter une utilisation excessive des hôpitaux. » (Traduit)

Participants à la phase III

- **Maximise la flexibilité.** Les participants croient que les centres de santé communautaires sont plus aptes à offrir des services faits sur mesure pour les besoins spécifiques de la communauté et/ou qui ont des objectifs particuliers, comme des cliniques sur la prévention et l'éducation, la santé et le mieux-être et les maladies chroniques. Compte tenu de leur petite taille et de leur administration locale, ils estiment que les centres de santé communautaires peuvent disposer d'une plus grande flexibilité en ce qui a trait aux heures d'ouverture ainsi qu'à la manière et à l'endroit où sont offerts leurs services.
- **Rend possibles des soins plus individuels et personnalisés.** Les participants soulignent que la nature « locale » des centres de santé communautaires, ainsi que leur capacité à offrir des cliniques à vocation spécifique, signifie que le personnel médical et les patients peuvent établir une relation continue, ce qui en retour améliore la qualité des soins. Ceci comprend, par exemple, une détection précoce plus efficace et la gestion des maladies chroniques.
- **Est plus efficient et rentable.** Les participants estiment que les centres de santé communautaires peuvent jouer un rôle clé dans la diminution du fardeau du système de soins de santé en général et des hôpitaux en particulier, en libérant des lits d'hôpitaux,

en décongestionnant et en réduisant les temps d'attente dans les salles d'urgence, et en déménageant les cliniques en dehors du cadre des hôpitaux (par ex. des cliniques sans rendez-vous, des cliniques sur le diabète, des services de physiothérapie). On cite d'autres exemples d'économies, comme l'occasion d'une meilleure tenue des dossiers (pratiques de consignation aux dossiers) et un meilleur usage des bénévoles locaux.

- **Maximise la contribution des divers professionnels de la santé.** Les participants voient une grande valeur à la capacité des centres de santé communautaires à rassembler des équipes multidisciplinaires de santé qui permettent aux patients de profiter d'un large éventail de compétences et de services en un seul lieu. Ils estiment également que cela rend possible une approche plus coopérative, ce qui dégage en retour de plus grandes économies, par exemple si des infirmières accomplissent des actes qui sont traditionnellement réservés aux médecins (par ex. procéder à des tests diagnostiques), et permet un partage plus efficace de l'information parmi les membres de l'équipe de santé.
- **Place la santé et les soins de santé au cœur de la communauté.** Les participants estiment que les centres de santé communautaires sont l'une des institutions les plus importantes de la communauté et qu'ils peuvent créer une relation claire entre la communauté, le système de soins de santé et les patients individuels, particulièrement lorsque la communauté peut jouer un rôle actif dans la vie du centre de santé communautaire.

Quelques participants ont également exploré les inconvénients et les compromis potentiels associés à faire des centres de santé communautaires une priorité.

- **Les défis en matière de ressources humaines en santé.** Les participants reconnaissent qu'historiquement, il a été difficile de recruter et de fidéliser des professionnels qualifiés en soins de la santé (surtout des spécialistes) en régions rurales.
- **L'équilibre entre les investissements dans les centres de santé communautaires et les hôpitaux régionaux.** Les participants reconnaissent que des investissements plus importants dans les centres de santé communautaires peuvent exiger que l'on retire des ressources aux hôpitaux régionaux. Ils mettent en garde contre le dédoublement des services entre les deux types d'institutions afin de ne pas compromettre la qualité des services offerts par les hôpitaux. Ils soulignent également que la fermeture d'un hôpital régional peut avoir des effets négatifs sur la communauté locale et la région : « *La communauté pourrait ne pas percevoir la transition d'un hôpital vers un centre comme étant une chose positive.* »
- **Les risques par rapport au continuum de soins.** Alors que les participants valorisent hautement les centres de santé communautaires et les cliniques comme une façon d'améliorer l'accès aux soins, ils notent que cela ne diminue en rien le besoin de s'assurer que les patients soient suivis de façon adéquate par le(s) même(s) professionnel(s) de la santé au fil du temps. Comme le dit un participant : « *Il n'y a pas de continuum de soins, si vous ne rencontrez pas le même professionnel de la santé à chaque visite.* »

6.1.2 Faire un usage maximal (et innovateur) de toute infrastructure qui permettrait la prestation de services de soins primaires localement/(plus) près de la résidence
Loger les centres de santé communautaires dans les écoles; offrir des programmes de prévention/promotion dans les écoles et sur les lieux de travail et faire plus grand usage des pharmaciens et des pharmacies de la communauté.

Les participants estiment que cette option est liée de près à la première, « Faire des centres de santé communautaires et des cliniques les pièces maîtresses des soins primaires » (voir plus haut). À nouveau, ils considèrent que cela est une occasion d'améliorer l'accessibilité et l'efficacité.

« L'infrastructure est déjà en place... Nous devons l'utiliser à son plein potentiel. »

Participant à la phase III

L'idée de localiser les centres de santé communautaires dans des édifices de la communauté (bureau en commun), comme les écoles (ou les édifices gouvernementaux), est particulièrement inspirant pour les participants qui estiment que cela aiderait à accroître la sensibilisation aux services, ainsi que leur utilisation, en plus de faciliter une concentration en matière de prévention et d'éducation.

6.1.3 Promouvoir et appuyer la collaboration interprofessionnelle
Afin de réduire le dédoublement des efforts et d'assurer un meilleur continuum de soins, il faut investir dans des équipes multidisciplinaires bien intégrées qui seraient, idéalement, logées en commun et auraient accès aux outils dont elles ont besoin pour travailler ensemble (par ex. Dossier médical électronique, Un patient, un dossier). Il faut s'assurer que les règles de respect de la vie privée n'interfèrent pas dans la capacité d'offrir aux patients des services en temps opportun.

Les participants estiment que l'approche aux soins en équipe est à la fois plus efficace et plus efficace. Ils pensent que, si la collaboration est organisée et appuyée adéquatement, elle devrait se traduire en une équipe de professionnels offrant des soins de plus grande qualité que s'ils opéraient individuellement. De façon plus spécifique, ils estiment que la collaboration interprofessionnelle peut atteindre plusieurs objectifs.

« Une équipe multidisciplinaire peut adopter une approche axée sur le "mieux-être" plutôt que sur la "maladie". » (Traduit)

Participant à la phase III

- **Favoriser l'optimisation du rôle et des responsabilités de chaque professionnel de la santé.** Les participants suggèrent que dans une équipe multidisciplinaire bien intégrée, chaque professionnel de la santé peut donner sa pleine mesure et ainsi alléger le fardeau sur les autres membres de l'équipe, tout en s'assurant que le patient reçoive les meilleurs soins possibles.

- **Améliorer l'expérience de soins du patient.** Les participants soulignent que la collaboration interprofessionnelle (par ex. les médecins qui communiquent avec les spécialistes) et une approche aux soins en équipe (par ex. un seul point d'accès à une équipe multidisciplinaire) peut se traduire par un accès plus rapide et une prestation continue de services, et par moins de pression sur les patients. Ils croient également que cela offre de plus grandes chances de diagnostics précis, de traitements plus efficaces de maladies sérieuses et une plus grande capacité à traiter le patient dans son ensemble plutôt que comme une suite de symptômes individuels.
- **Aider à abolir les obstacles entre les groupes professionnels.** Les participants estiment que la collaboration interprofessionnelle est nécessaire à l'abolition des frontières territoriales entre les services. Ils suggèrent cependant que cela fasse l'objet d'une obligation. Comme le note un participant : « *[Il y a] des enjeux territoriaux : ce ne sont pas tous les professionnels qui accueillent favorablement le travail interdisciplinaire ou qui ont été formés pour travailler dans des environnements basés sur des équipes.* »

Les participants notent également que le projet **Un patient, un dossier** est un élément clé essentiel à une collaboration interprofessionnelle efficace. Ils soulignent que la mise en application du projet **Un patient, un dossier** aiderait à réduire le dédoublement ruineux (par ex. des dossiers, des tableaux ou des tests), simplifierait les visites chez le médecin et améliorerait la coordination des traitements. Ils ont enfin trouvé l'avantage à retrouver sur une seule carte électronique toute l'information sur la santé d'une personne.

Cependant, les participants soulignent les obstacles potentiels à l'efficacité de la stratégie **Un patient, un dossier**, à savoir le défi de normalisation dans toute la province et le fait de devoir surmonter la résistance au changement de la part des professionnels de la santé. Quelques participants mettent également en garde contre les enjeux liés à la vie privée qui devraient être traités et gérés avec soin.

6.1.4 Concevoir des programmes ciblés en matière de promotion de la santé/prévention des maladies

Promouvoir le mieux-être et les habitudes de vie saines (par ex. bonne alimentation, exercice, santé mentale, pratiques sexuelles sans risque, réduction de la dépendance aux drogues et à l'alcool); investir dans l'éducation précoce, l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des jeunes; et créer des stratégies de promotion de la santé sur les lieux de travail (par ex. crédit d'impôt pour les employeurs qui offrent des programmes viables de mieux-être au travail).

Les participants croient fermement qu'un changement de mentalité est nécessaire pour détourner le système de santé de son approche curative et le recentrer sur une approche préventive, des soins aux malades vers des soins de santé. Investir maintenant dans la promotion de la santé et des interventions précoces, disent-ils, préviendra la hausse des coûts

(en argent, en temps, en douleurs et en souffrances) et diminuera la pression sur le système de santé à long terme.

Ils croient également fortement que la prévention n'est pas du ressort exclusif du système de santé, affirmant que « *la promotion de la santé peut se produire n'importe où, n'importe quand* (à l'école, au travail, grâce à des programmes publics de santé, etc.).

« *Une once de prévention équivaut à une livre de soins.* » (Traduit)

« *Nous sommes nos propres fournisseurs de soins de santé primaires.* » (Traduit)

« *Changement de mentalité : penser à comment je peux être bien au lieu de comment je peux éviter d'être malade.* » (Traduit)

Participants à la phase III

Les participants soulignent que les citoyens doivent assumer une responsabilité personnelle à l'égard de leur propre santé. Ils estiment à cet égard que l'éducation est primordiale. Ils n'ont cessé de revenir en particulier sur l'importance de l'éducation des enfants et des jeunes en matière de santé, de mieux-être et de condition physique grâce au système d'éducation et sur l'encouragement de saines habitudes de vie dans les écoles (par ex. encourager une consommation suffisante d'eau, offrir plus d'heures d'éducation physique, éliminer la malbouffe). Ils notent aussi qu'alors que les parents doivent donner le bon exemple à leurs enfants, les enfants qui apprennent de bonnes habitudes de vie à l'école peuvent influencer leurs parents de façon positive à leur tour. Enfin, quelques participants préviennent qu'il est également important d'investir dans une éducation en santé des adultes et des personnes âgées, compte tenu du vieillissement de la population de la province.

Les participants reconnaissent également des inconvénients associés à la promotion de la santé : les défis liés à la mesure du rendement sur les investissements en promotion/prévention (« *les avantages se font sentir à long terme, alors que les coûts sont immédiats* ») et la difficulté à joindre les populations les plus vulnérables et à risque élevé (par ex. les sans-abris et les personnes âgées). Un groupe met enfin en garde contre la conception de nouveaux programmes de promotion et prévention et suggère que les efforts soient plutôt dirigés directement sur le renforcement des projets qui sont déjà en place.

6.1.5 Optimiser les rôles et responsabilités des professionnels de la santé

S'assurer que les médecins concentrent leurs efforts sur le diagnostic et le traitement des maladies; accroître le rôle des infirmiers/infirmières praticien(ne)s et des pharmaciens afin d'alléger la pression sur les médecins et leur permettre de consacrer plus de temps à leurs patients; et s'efforcer davantage d'intégrer les autres professionnels de la santé (par ex. les diététistes et les ambulanciers paramédicaux) dans des équipes multidisciplinaires de santé.

Les participants notent que le système de soins de santé dépend dans une grande mesure des médecins, trop même, selon certains. Ils soulignent que ce ne sont pas tous les états de santé qui requièrent une consultation auprès d'un médecin et que reconnaître cela devrait

permettre au système de santé de faire un meilleur usage des ressources humaines en santé disponibles.

Les participants mentionnent en particulier l'accroissement des rôles et responsabilités des spécialistes, du personnel infirmier, des pharmaciens, des sages femmes et des naturopathes. Alors que les participants reconnaissent que les médecins sont la pierre angulaire du système de santé, certains estiment également que les médecins détiennent trop de pouvoir (sur les patients et sur le système de santé), et qu'ils doivent mieux collaborer avec et appuyer les autres professionnels de la santé.

« Nous devons nous assurer que le bon patient reçoive le bon traitement, au bon moment et au bon endroit par le bon professionnel de la santé. » (Traduit)

Participant à la phase III

Quelques participants soulignent aussi qu'afin que les professionnels de la santé performant bien, ils doivent être en santé et avoir de bonnes conditions de travail. Un participant, qui s'est identifié comme *« quelqu'un qui a travaillé dans le système trop longtemps »* demande : *« Est-ce que les professionnels de la santé ont des évaluations régulières afin de vérifier comment ils font face au système de santé et s'ils peuvent composer avec le stress de ce système? »*

Ultimement, les participants affirment que le but doit être d'améliorer l'accessibilité, de faire un meilleur usage des ressources et de s'assurer que chaque professionnel de la santé exploite son plein potentiel afin d'appuyer le patient et le reste de l'équipe médicale.

6.1.6 Intégrer les praticiens de médecine douce ou holistique au système de santé Chiropraticiens, naturopathes, massothérapeutes, etc.

De nombreux participants appuient les praticiens holistiques comme les naturopathes, les massothérapeutes et les ostéopathes en soulignant que leur pratique est issue d'une longue tradition et d'une sagesse de pratiques de rétablissement. Ils estiment également que les remèdes holistiques peuvent être une alternative légitime aux traitements à base de médicaments, soulignant par exemple les bénéfices pour la santé des vitamines et des huiles de poissons (sans que les deux ne soient taxés, afin d'en faciliter l'accessibilité).

Ils croient aussi que plusieurs pratiques holistiques s'appuient fortement sur la prévention et comme tel, pourraient s'avérer plus économiques à long terme (au moins un participant a souligné que toute décision allant dans ce sens devrait être fondée sur des preuves.

« Les grandes entreprises dépensent des milliards à commercialiser des choix de vie malsains. Le gouvernement et les fournisseurs de soins de santé doivent envisager une manière de concurrencer les grandes entreprises. Est-ce que les outils qui incitent les gens à faire des choix de vie malsains peuvent aussi être utilisés pour attirer les gens à adopter des choix de vie sains? Et comment? » (Traduit)

Quelques participants reconnaissent cependant les tensions qui existent souvent entre les approches holistiques et la médecine traditionnelle, notant que « *les médecins n'appuient pas souvent ce genre de pratique ou de recherche.* »

6.1.7 Inciter les individus à assumer une plus grande responsabilité à l'égard de leur propre santé, à faire des choix de vie plus sains

Créer des moyens de dissuasion (taxes, réglementations) à l'égard de choix de vie malsains (malbouffe, tabagisme); fournir un bilan de santé annuel « fiche d'état de santé »; et donner plus d'information sur les vrais coûts des soins de santé.

Les participants font écho à plusieurs idées exprimées au cours de la phase II, en ce qui a trait à des mesures incitatives envers des choix et des habitudes de vie plus sains de la part des Néo-Brunswickois (voir la section 5.4 du présent rapport), en soulignant l'importance d'adopter « *une approche de mieux-être, en aidant les gens à faire des choix de vie plus sains (et à les rendre financièrement viables).* »

Cependant, ils mettent en garde le gouvernement quant à sa responsabilité à freiner le pouvoir et l'influence de ces industries qui font la promotion de choix de vie malsains.

Comme le suggère un participant, « *Ne taxez pas l'individu pour ses choix de vie malsains, taxez les entreprises qui vendent ces choix de vie malsains. (Rendez ces entreprises moins rentables!)* »

D'autres suggèrent encore que les épiceries devraient être mandatées afin de diminuer la visibilité de la malbouffe sur leurs tablettes : « *Magasins : Placez les aliments sains en premier et placez les croustilles à l'arrière!* »

6.1.8 Créer des communautés sécuritaires, qui coopèrent et sont soucieuses de leur santé

Plus de projets communautaires axés sur le mieux-être, comme des programmes et des ressources visant à encourager la population à être plus active (espaces verts, pistes cyclables); traiter les questions liées à un environnement dommageable (par ex. utilisation de pesticides et autres produits chimiques nocifs); et prendre en considération les besoins en santé uniques de ceux qui font face à des défis uniques (par ex. les sans-abris, les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie).

Les participants croient que pour obtenir un optimum au niveau de la santé de la population et du mieux-être, il faut que les communautés s'impliquent de façon active, qu'il s'agisse de donner accès à des espaces verts ou d'offrir un éventail de services sociaux. Ils soulignent l'importance de comprendre les besoins et les forces de chaque communauté, dans le but de traiter leurs besoins et de construire sur leurs forces. Cela implique qu'il faut reconnaître les

besoins uniques en santé de ceux qui font face à des défis uniques, comme les personnes qui souffrent de maladie mentale ou de toxicomanie et les sans-abris.

De façon plus générale, quelques participants notent que le but de créer des communautés sécuritaires, qui coopèrent et soucieuses de leur santé exige de traiter les déterminants sociaux de la santé, comme l'accès à un emploi et les conditions de travail, l'éducation et le logement.

« La santé, l'éducation, le logement social, les transports : tout doit être sur la table afin de créer des communautés qui soient bien physiquement et mentalement. Une situation socioéconomique peut dicter le bien-être physique et mental d'une personne. En investissant dans le logement et une alimentation saine pour [les malades chroniques et les moins bien nantis], on économisera à long terme. » (Traduit)

Participant à la phase III

Un participant donne un exemple concret de mesures de bien-être communautaires tiré d'une communauté de la Colombie-Britannique aux prises avec un problème de taux élevé d'obésité : *« Tous ceux qui le voulaient étaient encouragés à préparer et à partager des repas ensemble au centre communautaire. Résultats : perte de poids, repas sains. Les participants ont appris que [cela] les faisait se sentir mieux. Les enfants ont appris ce qu'ils devaient manger. »*

6.1.9 Contrôler les coûts croissants des médicaments

Encourager les médecins à être plus judicieux dans la prescription de médicaments (et la demande de tests) qui coûtent chers au système et aux patients. S'assurer que les coûts ne constituent pas un obstacle à l'accès aux médicaments lorsque les médicaments sont nécessaires (par ex. couverture des médicaments onéreux). Limiter l'influence des compagnies pharmaceutiques sur les médecins et les ordonnances. Encourager un plus grand usage de médicaments génériques. Rechercher également des alternatives aux thérapies basées sur les médicaments, si d'autres options sont disponibles, et financer des interventions préventives (par ex. aides à l'abandon du tabagisme).

Comme nous l'avons souligné lors de la phase II, les participants croient fermement que les compagnies pharmaceutiques devraient moins s'impliquer dans le système de soins de santé et détenir moins d'influence sur/entretenir moins de relations directes avec les médecins. Ils estiment également que dans la mesure du possible, les médicaments génériques devraient être prescrits plutôt que de promouvoir des marques dispendieuses, et que les économies de coûts devraient être transmises aux consommateurs.

« Pourquoi les médecins nous donnent-ils une ordonnance pour un mois au lieu de trois, lorsque vous prenez le médicament à longueur d'année? »

Participant à la phase III

Quelques participants questionnent aussi le besoin de visites répétées chez le médecin pour renouveler des ordonnances régulières, en suggérant qu'on pourrait prescrire des

ordonnances sur une plus longue période de temps ou prévoir des modes de renouvellement plus flexibles (par ex. par le pharmacien).

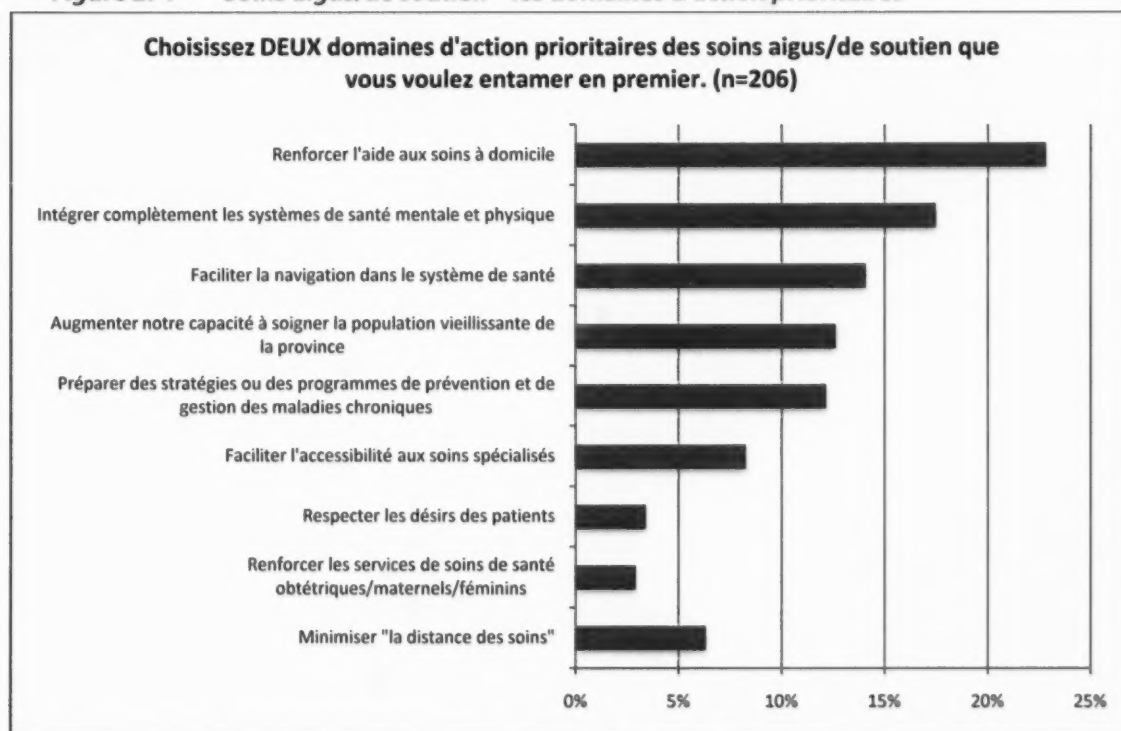
Enfin, les participants expriment leur inquiétude à l'égard des personnes qui ne disposent pas d'une assurance-maladie privée et qui ne peuvent se permettre d'acheter les médicaments d'ordonnance dont elles ont besoin.

6.2 Les priorités en matière de soins aigus/de soutien

Les participants répètent le même exercice afin de revoir et d'établir des priorités dans neuf domaines possibles d'action liés aux soins aigus/de soutien. « Renforcer les appuis aux soins à domicile » a été le plus populaire (23 %), suivi de « Intégrer complètement les systèmes de santé physique et mentale » (17 %), et pratiquement à égalité « Faciliter la navigation dans le système de santé » (14 %), « Accroître notre capacité de soins destinés à la population vieillissante de la province » (13 %) et « Concevoir des programmes ou des stratégies portant sur la prévention et la gestion des maladies chroniques » (12 %). (La liste complète apparaît à la **figure 27**).

Ce qui suit résume les motifs qui ont amené les participants à choisir ces domaines particuliers d'action. Chaque section débute par une description du domaine d'action, telle qu'elle était présentée sur la feuille de travail utilisée par chaque participant aux fins de cet exercice (voir l'**annexe E**).

Figure 27 : Soins aigus/de soutien – les domaines d'action prioritaires



6.2.1 Minimiser « la distance à parcourir pour obtenir des soins »

S'assurer que la distance qu'une personne doit parcourir pour avoir accès à des soins d'urgence et des soins aigus/de soutien soit raisonnable; distribuer les hôpitaux/cliniques/centres de santé communautaires de façon équitable dans toute la province.

Les participants admettent facilement que cela peut relever du défi, et s'avérer coûteux, de fournir les mêmes services à tous, partout. Cependant, ils croient fermement qu'un accès équitable aux soins de santé est primordial et que tout le monde devrait avoir accès aux services, surtout aux services d'urgence, où qu'ils habitent.

« Comment déterminer ce qui est trop loin? »

« Certains services spécialisés ne peuvent être offerts partout. » (Traduit)

Participants à la phase III

Ils soutiennent que lorsque les services se trouvent à proximité, les gens sont plus susceptibles d'obtenir des traitements plus tôt, augmentant ainsi les chances de détection précoce et d'intervention (par ex. dans le cas des maladies chroniques). La proximité des soins, ajoutent-ils, allège également la pression sur les patients, les familles et les aidants naturels, tout en étant meilleur pour l'environnement. Une distribution équitable des soins dans toute la province aiderait aussi à alléger le fardeau des grands centres.

Les participants mentionnent aussi les défis de transport (pour accéder aux soins offerts plus loin), et font de nombreuses suggestions sur la façon de traiter ce problème, qui sont les suivantes :

- créer un programme de remboursement des dépenses de déplacement et de séjour, afin de contrecarrer les coûts d'accès aux soins dans des centres distants (surtout pour les gens du nord et des régions rurales de la province qui doivent se déplacer vers les plus grands centres du sud);
- si on conserve les services spécialisés dans les grands centres, investir dans de l'équipement de vidéoconférence afin de faciliter les soins à distance;
- utiliser des autobus scolaires (lorsqu'ils ne sont pas en service) afin d'amener des groupes de patients à leurs rendez-vous médicaux et de les en ramener; et
- établir un lien par hélicoptère Nord-Sud dans les cas de transferts d'urgence (par ex. traumatismes ou soins cardiaques actifs).

6.2.2 Faciliter l'accès aux soins spécialisés

Multiplier les façons par lesquelles une personne peut avoir accès à des soins spécialisés (au-delà de la simple référence requise par un médecin de famille); miser sur les technologies de l'information afin de faciliter les communications avec les fournisseurs de soins de santé (par ex. vidéoconférence et soins à distance); et réduire les pratiques non efficaces dans la prestation des services spécialisés (par ex. réduire le temps

durant lequel des équipements de tests ne sont pas utilisés en raison d'un manque de personnel; réduire la quantité de travail de bureau exigé du personnel infirmier).

Comme nous l'avons souligné au cours de la phase II, les participants croient qu'améliorer l'accessibilité implique faciliter l'accès aux soins spécialisés. La question des références est particulièrement importante pour les participants qui estiment que demander à répétition une référence de la part d'un médecin de famille pour avoir accès au même spécialiste constitue une perte de temps et de ressources.

Ils réitèrent aussi leur confiance dans le potentiel des technologies de soins à distance, comme la vidéoconférence, afin de rendre possibles les diagnostics ou les suivis à distance, réduisant ainsi le besoin de se déplacer : « Un professionnel de la santé équipé de la bonne technologie pourrait se rendre au domicile d'un patient en région rurale, muni d'une caméra reliée à un médecin établi dans un centre urbain. Le médecin pourrait donner son avis et "Voilà !", une visite à domicile. »

« Il faut diminuer la pression exercée sur le système actuel en gardant les gens à la maison. » (Traduit)

« L'environnement d'une personne joue un rôle important dans sa récupération. »

Participants à la phase III

6.2.3 Renforcer les appuis en matière de soins à domicile

Fournir plus d'information, de formation et d'appui financier aux aidants naturels; renforcer le Programme extra-mural, Télé-Soins et les autres programmes de soins à domicile afin d'appuyer davantage les soins à domicile, particulièrement pour les gens qui souffrent de maladies chroniques, les personnes âgées et en fin de vie.

Les participants estiment qu'il est beaucoup plus rentable pour le système de santé de retourner les patients à la maison plus tôt et/ou d'éviter qu'ils soient admis (ou réadmis) dans le système hospitalier.

À cet égard, ils soulignent fréquemment l'efficacité du Programme extra-mural et de Télé-Soins, notant que les coûts par patient de ces deux programmes sont beaucoup plus moindres que les coûts d'une visite à l'urgence ou d'une hospitalisation.

Les participants ajoutent que garder des patients à la maison, dans la mesure où l'on prend bien soin d'eux, est également bénéfique au patient, parce qu'il est plus confortable/moins dérangé, et cela leur permet de maintenir le contact avec leur famille et leurs réseaux sociaux (comme le note un participant : « Cela permet de conserver le contact humain, la touche personnelle ») et réduit le risque de contracter des infections transmissibles dans les hôpitaux.

« La famille est très souvent sollicitée lorsqu'un citoyen éprouve un état de santé exigeant. Il me semble que nous devrions souligner la contribution précieuse et indispensable des membres de la famille. »

Participant à la phase III

Cependant, quelques participants préviennent que toute dépendance accrue aux soins à domicile doit être accompagnée par la prestation de soutiens adéquats aux fournisseurs de soins. En particulier, ils soulignent la tension émotionnelle, physique et financière que cela place sur les membres de la famille en général, sur les femmes en particulier (« *les soins à domicile incombent souvent aux femmes et elles ne sont pas toujours appuyées* »), et les personnes âgées qui prennent soin de personnes âgées (« *Garder les personnes âgées en santé quand elles prennent soin de membres de la famille, particulièrement dans la situation d'un conjoint* »). D'autres estiment que le domicile n'est pas toujours le meilleur endroit où recevoir des soins, notant que les soins à domicile, surtout s'ils sont appuyés et supervisés de manière inadéquate, pourraient comporter des risques quant à la santé et à la sécurité du patient.

Enfin, quelques participants ont souligné que le financement/la gestion des services liés aux soins à domicile par des sources autres que celles du ministère de la Santé représentait « *deux pots d'argent qui se bagarrent : le Développement social contre la Santé.* »

6.2.4 Intégrer pleinement les systèmes de santé mentale et de santé physique
Renforcer les services et appuis aux soins de santé mentale et en faire une partie intégrale du système de santé; et s'assurer que les services en santé mentale traitent les besoins des populations vulnérables, comme les sans-abris, ainsi que les problèmes de toxicomanie.

En discutant de l'intégration des systèmes de santé mentale et physique, les participants ont rapidement souligné que la santé mentale ne reçoit ni l'attention ni les investissements qu'elle mérite.

De plus, ils estiment qu'il n'y a non seulement pas suffisamment de services disponibles en santé mentale offerts aux Néo-Brunswickois, mais que les services qui sont offerts sont souvent inconnus, mal utilisés et/ou inaccessibles (par ex. en raison des temps d'attente ou des coûts). Ceci, affirment-ils, fait en sorte que trop de gens ne recherchent pas/ne reçoivent pas les soins requis ou se tournent vers leur médecin de famille, s'ils en ont un, qui peut faire peu pour eux, si ce n'est de leur prescrire des médicaments.

« Faire disparaître les mythes entourant la santé mentale. Traiter la personne dans son ensemble. Permettre une couverture d'assurance-maladie pour les besoins en santé mentale. »

« La santé mentale est en suspens, aucune résidence, aucun appui. »
(Traduit)

Participants à la phase III

Ils préconisent un système au sein duquel il serait plus facile de naviguer, particulièrement pour les jeunes et les populations vulnérables qui souvent « *se sentent oubliés du système ou perdus dans celui-ci* ».

Les participants soulignent l'importance d'adopter une approche de « la personne dans son ensemble », affirmant que la santé mentale et la santé physique sont étroitement reliées. Emprunter une telle orientation, disent-ils, requiert également que l'on traite les stigmates associés aux questions de santé mentale, que l'on sensibilise le public et que l'on comprenne les questions de santé mentale ainsi que les relations entre les questions de santé mentale et la toxicomanie. *« Trop de gens considèrent la toxicomanie/les maladies mentales comme [requérant] des solutions simples et non [comme une] vraie maladie. »*

Les participants expriment aussi des préoccupations au sujet des enjeux que représentent le recrutement et la fidélisation de professionnels en santé mentale. Ils notent surtout que plusieurs praticiens optent

« Les familles sont confuses : Où devons-nous aller? » (Traduit)

Participant à la phase III

pour la pratique privée, ce qui rend l'accès à leurs services plus difficile, compte tenu de l'absence d'assurance-maladie. D'autres s'inquiètent que le manque de collaboration entre les professionnels en santé physique et en santé mentale s'avère ultimement nuisible au patient : *« Nous devons travailler en équipe. En réalité, il n'y a pas de place pour les compromis. »*

6.2.5 Rendre le système de santé plus facile à naviguer

Offrir une assistance (par ex. des « navigateurs au sein du système », des défenseurs des patients, des bénévoles, des travailleurs, des équipes d'entraide aux pairs) et des ressources (par ex. des « cartes de soins ») afin d'aider les patients et leurs familles à comprendre quels services leur sont disponibles et comment mieux y avoir accès; et faire un plus grand usage des dossiers de santé électroniques et de Un patient, un dossier.

Les participants discutent beaucoup de la complexité de naviguer dans le système de santé et plusieurs pensent qu'il existe un manque d'information disponible sur l'accès aux services et la navigation au sein du système, en plus d'un manque de connaissances sur la façon de trouver l'information qui est disponible. On trouve que ceci est particulièrement vrai pour ceux qui souffrent de conditions complexes ou de troubles de santé mentale, ainsi que pour certaines populations comme les jeunes, les nouveaux parents et les personnes âgées.

Certains notent que « Rendre le système de santé plus facile à naviguer » fasse partie d'un possible domaine d'action est en soi une confirmation que le système de santé a besoin d'être plus axé sur le citoyen et plus convivial, suggérant qu'un point d'entrée unique permette d'avoir accès aux services requis.

À nouveau, les participants appuient l'utilisation de *Un patient, un dossier* comme stratégie visant à simplifier la navigation au sein du système et le partage de l'information parmi les professionnels de la santé, mais préviennent que les questions de vie privée doivent faire l'objet d'un examen.

6.2.6 Concevoir des stratégies et des programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques

Mettre sur pied des cliniques ou des programmes qui ciblent une maladie ou une condition spécifique et offrir, par exemple, des soins préventifs, une formation en matière de gestion des maladies chroniques et l'éventail requis de services et d'appuis spécialisés.

Les participants reconnaissent qu'une maladie chronique représente un lourd fardeau sur la santé de la population de la province et sur le système de santé. Ils estiment qu'il est impératif qu'on se penche sur cette question. Ils soulignent également que pour ce faire, il faut se concentrer davantage sur la prévention et la promotion (tel que discuté à la section 6.1.4).

« Les patients ont besoin d'information pour mieux prendre soin d'eux-mêmes. » (Traduit)

Participant à la phase III

À nouveau, ils soulignent l'importance de fournir une information adéquate en matière d'autosoins (par ex. par le biais de cliniques), de favoriser la responsabilité personnelle à l'égard de sa propre santé ainsi qu'une collaboration interprofessionnelle et interservices.

6.2.7 Accroître notre capacité à prendre soin de la population vieillissante de la province

Rendre plus de lits disponibles dans les foyers de soins afin de libérer des lits d'hôpitaux; s'assurer que les foyers de soins offrent un environnement sécuritaire et une bonne qualité de vie à leurs résidents; et proposer plus de programmes communautaires de mieux-être destinés aux personnes âgées.

Les participants soulignent souvent le besoin de planifier adéquatement et de prendre soin de la population vieillissante de la province. Ils estiment qu'on doit en faire plus pour s'assurer, en particulier, qu'on traite en dehors du cadre des hôpitaux les personnes âgées qui souffrent et qui occupent souvent des lits d'hôpitaux qui sont déjà peu nombreux, en attendant d'être transférés dans des établissements plus adéquats, comme les foyers de soins. Les participants ajoutent que les soins à domicile et dans les foyers de soins peuvent offrir aux personnes âgées une bien meilleure qualité de vie, physiquement, mentalement et socialement.

« [Nous avons une] population vieillissante. Nous ne pouvons nous permettre de garder la tête dans le sable dans ce cas-ci [...] Les lits de foyers de soins : d'où vient l'argent? C'est une décision difficile. » (Traduit)

Participant à la phase III

Comme le dit un participant : *« Les hôpitaux ne sont pas l'endroit indiqué pour plusieurs personnes qui sont en fin de vie. »*

Cependant, les participants soulignent qu'en plus de créer plus de lits pour les foyers de soins, il est impératif que ces foyers soient mieux dotés en personnel et que les institutions privées et publiques se conforment aux mêmes normes de qualité et de sécurité.

Enfin, quelques participants suggèrent que la création d'un numéro « Télé-Soins » réservé exclusivement aux personnes âgées pourrait être un moyen efficace d'offrir une assistance sur mesure à cette population. Par exemple, un numéro de téléphone où une personne âgée pourrait appeler pour obtenir des conseils sur ce qu'elle doit faire si elle a oublié de prendre ses médicaments ce jour-là.

6.2.8 Renforcer les services de santé obstétrique/maternelle/féminine

En intégrant au système d'assurance-maladie, les services de sages femmes, les programmes de santé maternelle; et en offrant des programmes de mieux-être conçus spécifiquement pour répondre aux besoins des femmes (par ex. information et appuis liés à la ménopause). Bien que ce soit moins souvent mentionné, on a parlé de rendre les avortements accessibles, dans le cadre des services de santé aux femmes.

Quelques participants soulignent l'importance de prêter attention à la santé des femmes, puisqu'ils estiment que cela améliorerait les résultats de santé non seulement des femmes, mais aussi des enfants et des familles.

*« Un virage dans la pensée...
La santé des femmes est la
santé de la famille. » (Traduit)*

Participant à la phase III

Ils font ressortir qu'il faut se concentrer sur les besoins des femmes les plus vulnérables, comme les mères monoparentales et celles qui vivent dans la pauvreté.

De nombreux participants ont appuyé l'idée de maisons de naissances comme alternative aux naissances dans les hôpitaux.

Cependant, quelques participants soulignent que de discuter des questions de femmes peut être à certains moments politiquement compliqué. Un d'entre eux a commenté : « *Le leadership principalement mâle peut ne pas toujours reconnaître l'importance de la santé des femmes.* » Un autre a ajouté : « *L'accès aux avortements est vraiment une [question] de prévention, qui empêche des problèmes de coûts et de futurs problèmes sociaux à long terme... Ceci ne ressort pas tellement dans les présentes sessions autant que ce serait ressorti dans une consultation de type plus anonyme. Lorsqu'on en parle dans un groupe, cela n'est pas répété au microphone. Certaines personnes hésitent à parler d'avortement en public.* »

6.2.9 Respecter les désirs des patients

Qu'il s'agisse de soins de fin de vie ou du choix d'un traitement parmi d'autres (y compris des soins palliatifs), s'assurer que les patients disposent de suffisamment d'information pour prendre une décision éclairée et que leurs vœux soient respectés.

Les participants appuient généralement l'intention derrière ce choix et mettent beaucoup d'accent sur l'importance de donner aux gens le pouvoir de prendre des décisions informées, et sur le respect de ces décisions par la suite, surtout si elles ont trait aux soins de fin de vie.

« J'ai le droit de leur dire quand et comment je veux mourir. Vivre avec dignité. La mort est une fonction naturelle. » (Traduit)

Participant à la phase III

Alors que certains s'inquiètent des possibles abus (« *des abus possibles, comme le suicide assisté* »), la plupart s'entendent que le droit de mourir avec dignité est un droit fondamental.

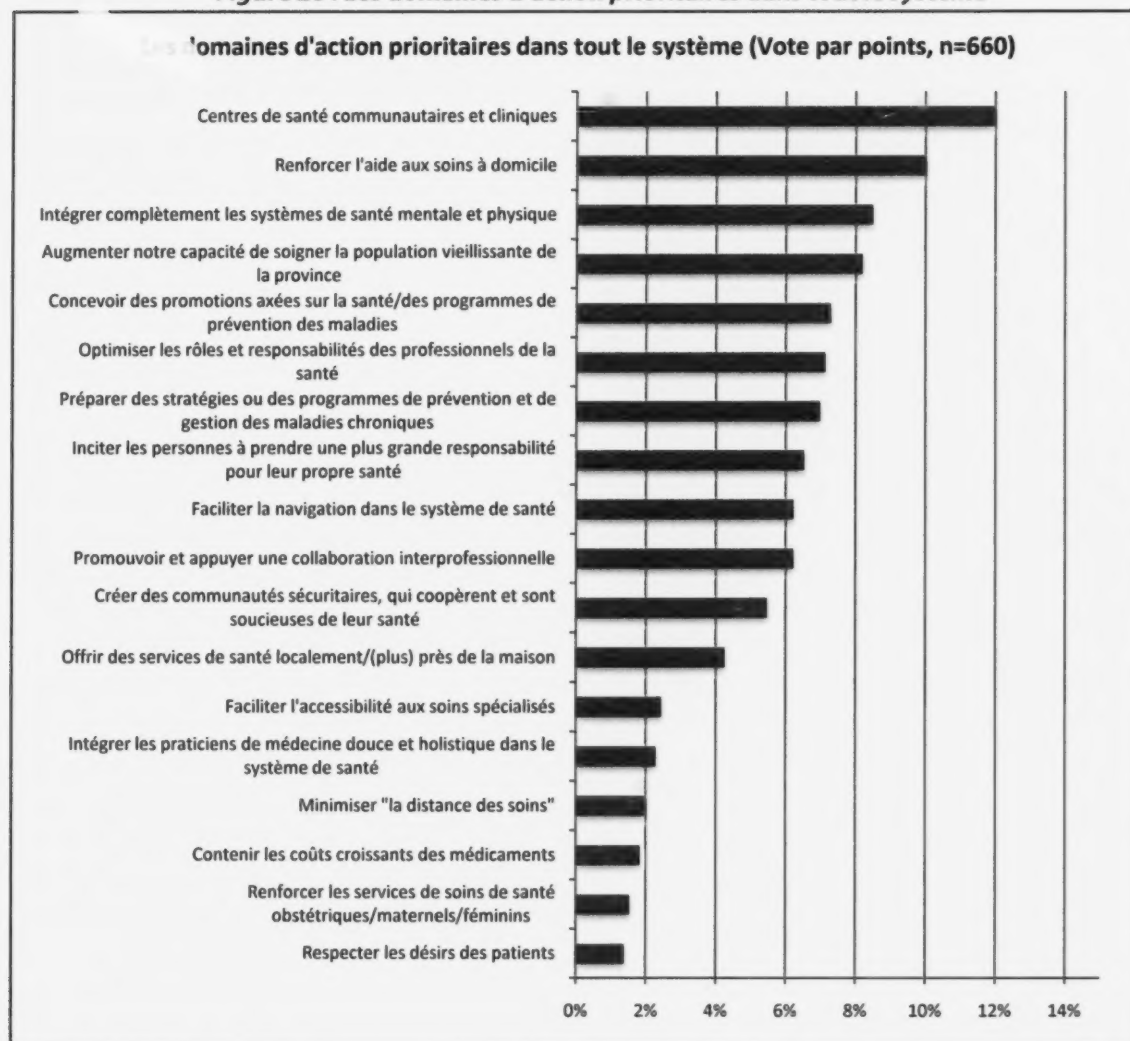
6.3 Les priorités dans tout le système

Après avoir complètement révisé les domaines possibles d'action dans chacun des deux secteurs de soins de santé (soins primaires et soins aigus/de soutien), nous avons alors demandé aux participants d'identifier leurs priorités pour l'ensemble du système : les 18 domaines possibles d'action (neuf par secteur) étaient affichés au mur sur de grandes feuilles de papier. Nous avons remis à chaque participant six « points autocollants » et nous leur avons demandé de choisir six domaines possibles d'action à prioriser pour s'assurer que le système de santé :

- réponde aux besoins et aux attentes des Néo-Brunswickois (tels qu'ils ont été articulés tout au long des phases I et II de ce processus); et
- soit viable à long terme.

Les participants ne pouvaient apposer qu'un seul point par domaine, mais étaient libres de les distribuer dans les deux secteurs comme ils le souhaitaient.

Figure 28 : Les domaines d'action prioritaires dans tout le système



Comme nous pouvons le voir à la **figure 28**, les priorités des participants étaient plutôt distribuées équitablement parmi tous les choix soumis et ce, dans tous les secteurs, sans qu'un seul choix ne réunisse plus de 12 % des votes. « P » fait référence à soins primaires et « A/S », aux soins aigus/de soutien.

- « Les centres de santé communautaires et les cliniques (P) » arrivent en premier (12 %), suivi par « Renforcer les appuis aux soins à domicile (A/S) » (10 %).
- « Intégrer pleinement les systèmes de santé mentale et de santé physique (A/S) » et « Accroître la capacité de soins à la population vieillissante de la province (A/S) » sont égaux en troisième place à 8 %.

- Ils sont suivis de près par « Des programmes ciblés de promotion de la santé/prévention des maladies (P) », « Optimiser les rôles et responsabilités des professionnels de la santé (P) », « Concevoir des stratégies et des programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques (P) » et « Inciter les gens à assumer une plus grande responsabilité à l'égard de leur propre santé (P) », à 7 %.

6.4 Les modèles de viabilité et de financement des soins de santé

Quelques participants ont noté qu'on les avait clairement informés au sujet de l'augmentation (un choc pour certains) des coûts des soins de santé tout au long du processus et ont félicité le CSNB de sa réceptivité et de la transparence de ses réponses aux questions portant sur ce sujet. Ils suggèrent cependant qu'une discussion sur la viabilité du système des soins de santé ne devrait pas exclure une franche discussion sur les possibles modèles de financement du système de santé, un sujet qui n'a pas été expressément proposé lors des discussions, mais qui s'avère du plus grand intérêt pour les contribuables du Nouveau-Brunswick. Cela représentait, de plusieurs façons, « l'éléphant dans la pièce ».

Comme l'a dit un participant à la séance plénière finale : *« Nous sommes rendus à l'après-midi de la troisième journée et il y a un sujet que nous n'avons pas directement abordé, celui des modèles de financement. Cela est quelque peu décevant, comme si les organisateurs avaient cru qu'on ne pouvait nous faire confiance en nous, le public. Le financement : N'encouragez pas le financement par activité des hôpitaux et éliminez le financement par activité pour les médecins. Les médecins ne sont pas récompensés s'ils fournissent un meilleur service. »*

7. POUR LA SUITE DES CHOSES : L'ENGAGEMENT DES CITOYENS



Il est important de noter que 100 % des participants à la phase II sont « fortement en accord » ou « en accord » que les citoyens ont une contribution importante à apporter en ce qui a trait aux décisions sur la santé et qu'ils devraient être consultés.¹⁷

Afin d'examiner cela plus profondément, l'exercice final de la phase III a été dédié à la recherche des points de vue des participants sur la meilleure façon de réaliser cette consultation. Nous avons demandé aux participants de réfléchir à leur expérience tout au long de ce processus et de penser à ce que « l'engagement des citoyens » signifie pour eux maintenant. Nous leur avons ensuite demandé de réfléchir :

- aux **questions ou décisions** sur lesquelles ils s'attendraient qu'on consulte les citoyens, lorsqu'il s'agit de la santé et des soins de santé au Nouveau-Brunswick; et
- **comment et par qui** ils s'attendraient à être engagés.

7.1 Questions réservées à l'engagement des citoyens

Les participants estiment que les citoyens devraient être consultés sur « les questions importantes qui touchent la majorité des Néo-Brunswickois », par exemple, les décisions touchant le développement du plan de santé provincial et la création/l'évolution des zones de santé de la population. Ils croient également que les citoyens devraient disposer d'une voix en ce qui concerne de nombreuses autres questions.

« Les gens veulent avoir leur mot à dire sur ce qui arrive dans leur communauté, leurs priorités. »

Participant à la phase III

- **Les questions courantes ou émergentes qui touchent directement les citoyens.** Par exemple, des sujets qui sont pertinents à un groupe spécifique de la population, comme les groupes d'âge (par ex. les jeunes, les personnes âgées), une communauté spécifique ou les personnes qui souffrent d'une maladie chronique particulière comme le diabète.
- **Les coûts et le financement du système de santé.** Les participants estiment que les citoyens devraient avoir la chance de s'informer et de faire des commentaires sur la destination des fonds dans le système de santé. Ceci inclut, par exemple, les questions concernant les budgets, les modèles de financement, comme les partenariats public-privé, et les salaires des médecins. Cela implique aussi d'aider les citoyens à comprendre les vrais coûts des soins de santé ainsi que les avantages, les inconvénients et les compromis liés aux décisions relatives aux financements importants.
- **Les décisions importantes en matière d'immobilisation.** Compte tenu des coûts de construction et d'entretien d'une infrastructure de soins de santé, les participants croient que les citoyens devraient être consultés sur toute décision importante en matière

¹⁷ Données recueillies par le formulaire d'évaluation de la phase II. Vous trouverez à l'annexe F un résumé des évaluations de chaque phase.

d'immobilisation, comme l'emplacement de nouveaux établissements ou la fermeture d'hôpitaux.

- **Les programmes et les services.** Les participants veulent que les citoyens disposent d'une occasion adéquate de faire part de leurs commentaires sur des programmes et des services. Par exemple, sur les changements potentiels au plan des services, qu'il s'agisse d'une réduction proposée de services disponibles, le développement de nouveaux services ou la mise en place de priorités dans les services. Ils croient également que les citoyens peuvent faire valoir des perspectives intéressantes sur la conception et l'évaluation de programmes et de modèles de services innovateurs.

Quelques participants notent aussi l'importance de cibler des groupes spécifiques, comme les jeunes et les travailleurs de première ligne en soins de la santé, afin d'obtenir des perspectives uniques sur la santé de la population et les soins de santé au Nouveau-Brunswick.

7.2 Comment et par qui les citoyens devraient être engagés

Les participants expriment un désir clair de voir le CSNB continuer à poursuivre son mandat d'engagement des citoyens, mais ils estiment que le gouvernement du Nouveau-Brunswick doit également engager les citoyens sur des questions qui les concernent.

Ils ont offert un éventail de suggestions sur la façon avec laquelle cela pourrait se réaliser.

- **Par la création de comités de citoyens.** Par exemple, un groupe de la phase III suggère « ... un comité de contrôle formé de citoyens [consultés] avant tout changement important dans les rôles des professionnels de la santé et avant tout changement dans la prestation des soins de santé, par ex. l'assurance-maladie. [...] Ces comités devraient être petits et représenter des "citoyens intéressés" de différents niveaux d'éducation/de profession, des bénévoles surtout, qui se rencontreraient dans des centres communautaires (peu coûteux) de 2 à 4 fois par année. » Un autre propose « ... des assemblées locales afin de connaître l'opinion des citoyens par voie de vote, et des parties intéressées aux fins de transparence, sur tous les sujets se rapportant aux programmes et à la vision du gouvernement. » Les participants estiment aussi que les citoyens devraient avoir voix au chapitre quant aux hôpitaux ou aux centres de santé communautaires et aux comités ou conseils régionaux qui touchent à la santé et aux soins de santé de la population.
- **La consultation en ligne** par courriel, forums de discussion, sites Web, séminaire en ligne et réseaux sociaux, comme Facebook et Twitter.
- **En personne**, grâce à des dialogues comme **Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions.**, des forums sur des sujets spécifiques, des groupes de consultation, des groupes de discussion et des assemblées publiques et communautaires.
- **En travaillant avec des partenaires de la communauté.** Par exemple, « bâtir sur les résultats du processus de la Fédération des jeunes francophones du Nouveau-Brunswick qui est présentement en cours, et sa stratégie pour la jeunesse, qui se penchent entre autres sur

la façon dont la santé/le mieux-être sont perçus par les jeunes de 12 à 30 ans. » (Participant à la phase III).

- **Par des sondages d'opinion publique**, en utilisant le Web, des sondages et questionnaires sur papier ou au téléphone.
- **Par des référendums** sur des questions stratégiques au cours des élections.

Les participants réitèrent également l'importance de communiquer les vrais coûts des soins de santé aux Néo-Brunswickois et estiment que les médias devraient être activement engagés dans la sensibilisation du public.

7.3 Les conditions d'un engagement pertinent des citoyens

Dans le cadre de leurs discussions, les participants notent de nombreuses conditions pour que l'engagement des citoyens soit pertinent.

- Les participants ont souligné que l'engagement des citoyens ne doit pas se limiter à faire appel aux Néo-Brunswickois pour valider les décisions qui ont déjà été prises : *« Ça ne devrait pas toujours être une gestion de haut en bas. Les citoyens devraient faire partie du processus. » (Participant à la phase III).*
- Ils estiment que les citoyens devraient être consultés régulièrement et sur une base régionale, et souhaitent que *« le CSNB rencontre les citoyens chaque année à des fins de consultation et fasse rapport dans les régions. » (Participant à la phase III).*
- Ils soulignent également que l'engagement « des citoyens » doit inclure les communautés, étant donné que les communautés sont les plus près des citoyens et des partenaires clés dans la prestation des services sociaux et de santé : *« Accorder plus de pouvoir aux municipalités, parce qu'elles peuvent le mieux comprendre les besoins des citoyens. » (Participant à la phase III).*
- Les participants notent l'importance d'une participation informée, non seulement en fournissant aux citoyens la possibilité de faire part de leurs commentaires, mais en s'assurant qu'ils disposent des moyens de le faire d'une manière significative : *« Les faits fournis aux Néo-Brunswickois, suivis par un processus efficace (référendum). Des citoyens impliqués, informés. Présenter une information qui n'est pas biaisée par quelque penchant politique. » (Participant à la phase III).*
- Ils insistent aussi sur le fait que l'engagement des citoyens doit être ouvert et transparent, *« Une consultation qui soit publique et non derrière des portes closes »* et *« La liberté d'exprimer des préoccupations sans en craindre les conséquences. » (Participant à la phase III).*

Enfin, alors que les participants valorisent grandement l'engagement des citoyens, ils préviennent aussi que les décisions des citoyens doivent contenir une analyse coûts-bénéfices afin de s'assurer que les ressources soient utilisées le plus efficacement possible.



8. LA CONCLUSION

Les participants aux trois phases de ce projet ont offert une richesse de points de vue au CSNB, des commentaires et des opinions qui étaient ancrés profondément dans leurs connaissances personnelles/professionnelles, leur expérience et leur sagesse, qu'ils ont partagées avec beaucoup de générosité.

Bien qu'une grande variété de perspectives aient été proposées, le niveau de cohérence des commentaires des participants à chaque lieu de dialogue et tout au long des trois phases, fait ressortir un puissant consensus dans toute la province sur de nombreux éléments clés qui forment ensemble la base d'une vision commune des soins de santé au Nouveau-Brunswick.

- Une conviction ferme de l'importance de traiter des obstacles liés à la distance, à la langue, au statut socioéconomique et aux coûts, afin d'assurer un accès équitable aux services de soins de santé dans toute la province.
- Un appui ferme à l'égard des centres de santé communautaires, des cliniques, des soins à domicile (par ex. le Programme extra-mural), de Télésanté et de Télé-Soins comme stratégies pour rapprocher les soins de santé des citoyens et de s'assurer que les hôpitaux se concentrent sur leur tâche première : les soins aigus et les soins de soutien.
- Un appel à un changement fondamental de paradigme en faveur du mieux-être, de la promotion de la santé, de l'éducation en matière de santé et de la prévention des maladies (soigner la santé plutôt que soigner la maladie) et ce, avec une attention particulière à la réduction de l'incidence des maladies chroniques et à l'encouragement d'une « culture de la santé » dès la tendre enfance.
- La conviction qu'on doit en faire davantage pour optimiser les rôles et responsabilités des professionnels des soins de santé, afin de s'assurer que toutes les ressources humaines en santé sont utilisées à leur pleine capacité, dans le cadre de travail du système de santé publique de la province. Ceci comprend la promotion d'une collaboration interprofessionnelle, accorder plus de responsabilités aux professionnels de la santé traditionnelle, comme les infirmiers(ères) et les pharmaciens afin d'alléger le fardeau des médecins, une intégration complète des soins de santé mentale et de santé physique, et un plus accès aux professionnels de la médecine douce/holistique, comme les naturopathes, les chiropraticiens et les sages-femmes.
- La reconnaissance qu'on peut mieux informer les citoyens à l'égard de la croissance des coûts de soins de santé et que ces coûts peuvent être contenus grâce à l'amélioration des systèmes et des processus (par ex. *Un patient, un dossier*, moins de formalités administratives), la promotion et la prévention (par ex. réduire l'incidence de maladies chroniques), un usage plus créatif des infrastructures publiques disponibles (par ex. l'établissement de centres de santé communautaires dans les écoles), et la réduction des coûts des médicaments (par ex. médicaments génériques, limites à l'influence des compagnies pharmaceutiques).

- Un sentiment fort que la santé est un bien public estimé, dans lequel non seulement les citoyens, mais également les communautés détiennent une participation importante.
- Un appui ferme en matière de stratégies qui encouragent et donnent aux citoyens la possibilité d'assumer leurs responsabilités à l'égard de leur propre santé.
- Une profonde appréciation face à l'engagement et à la générosité des gens qui font fonctionner le système de santé, soit les travailleurs de première ligne des soins de santé.

Les participants étaient prêts à assumer leur part des responsabilités à l'égard de leur propre santé. Ils s'attendent aussi à ce que les partenaires du système de santé fassent leur part en travaillant ensemble et « *en éliminant la politique des soins de santé* ».

Comme l'a affirmé un participant :

« Comme ministre de la Santé d'un jour, je convoquerais une réunion avec les ministères de l'Éducation, de la Sécurité publique et de la Santé [afin de collaborer aux] projets proposés. [...] Le ministère de la Santé ne peut pas et ne devrait pas agir seul. Nous devons trouver de l'argent pour lancer ces projets. Tous les ministères doivent être imputables et nous économiserons de l'argent à long terme. [...] Repoussons les limites un peu plus loin ». (Traduit)

Participant à la phase III

Le message des participants est clair et simple : les citoyens, les communautés et les partenaires du système de la santé ont tous un rôle à jouer afin de garantir aux Néo-Brunswickois les meilleurs résultats possibles en matière de santé.

Il est maintenant temps d'agir.



ANNEXE A

OBJECTIFS DE RECRUTEMENT DES PARTIES INTÉRESSÉES PAR SESSION

Groupe	Définition	Nombre
Groupes communautaires	Des groupes dans une communauté donnée représentant les intérêts de la communauté dans un champ d'action spécifique	9
Groupes de défense de l'intérêt public	Des groupes avec un intérêt en santé et en services de santé ou responsables de campagnes de santé visant spécifiquement les communautés	9
Gestionnaires en santé et mieux-être	Des personnes qui travaillent pour les partenaires en santé et responsables du développement ou de la gestion de programmes et de services	Total 9 : <ul style="list-style-type: none"> • Réseau de santé Vitalité (3) • Réseau de santé Horizon (3) • FacilicorpNB (2) • Ambulance NB (1)
Communauté universitaire	Des professeurs ou des chercheurs du milieu universitaire oeuvrant dans les domaines de la santé ou de la politique publique	9
Professionnels de la santé	Des personnes directement impliquées dans la prestation des soins, par exemple, les infirmiers(ères), les ambulanciers paramédicaux et les techniciens	Total 9 : <ul style="list-style-type: none"> • Réseau de santé Vitalité (3) • Réseau de santé Horizon (3) • FacilicorpNB (2) • Ambulance NB (1)
Représentants du gouvernement	Des personnes travaillant dans divers ministères provinciaux, en particulier dans les programmes et les services liés aux déterminants de la santé; ceux-ci comprennent les personnes travaillant dans les ministères de la Santé, du Développement social, de l'Éducation, du Mieux-être, de la Culture et du Sport	9
Élus municipaux	Des représentants municipaux choisis au hasard au moyen d'une liste d'élus municipaux obtenue du ministère des Gouvernements locaux.	8



ANNEXE B

ORDRE DU JOUR SOMMAIRE POUR CHACUNE DES PHASES

Phase I: Perspectives

Moncton, le samedi 13 mars 2010 – Palais Crystal

Bathurst, le samedi 20 mars 2010 – Danny's Inn

Edmundston, le samedi 27 mars 2010 – Centre des congrès (Château Edmundston)

Saint John, le samedi 10 avril 2010 – UNBSJ Grand Hall

Heure	INSCRIPTION
8 h 30 – 9 h 30	Inscription des participants
Heure	BLOC 1 : OUVERTURE
9 h 30 – 9 h 55	Ouverture et mot de bienvenue Réponses fournies au moyen du clavier numérique (démographie) <i>Modérateur : Stéphane Robichaud, directeur général, CSNB</i>
9 h 55 – 10 h 10	Présentation des participants et des animateurs (carte de jeu sur le système de santé du Nouveau-Brunswick)
Heure	BLOC 2 : APPRENTISSAGE
10 h 10 – 11 h 10	Session d'apprentissage : Le contexte provincial et le secteur de la santé du Nouveau-Brunswick <i>Shirley Smallwood, Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick</i> • Plénière/période de questions
Heure	BLOC 3 : VALEURS
11 h 10 – 11 h 45	ATELIER (réflexion personnelle et partage) : Dans un système de santé « idéal », qu'est-ce que vous valorisez le plus?
11 h 45 – 12 h 30	RÉPAS DU MIDI
12 h 30 – 12 h 40	ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE : Que valoriseriez-vous le plus dans un système de santé « idéal »?
Heure	BLOC 4 : ENJEUX PRIORITAIRES
12 h 40 – 13 h 05	Session d'apprentissage : Comment nous comportons-nous ? <i>Shirley Smallwood, Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick</i>
13 h 05 – 14 h 00	ATELIER (réflexion personnelle, partage et exercice d'établissement des priorités avec des feuillets autocollants) : Réflexion sur la définition – en terme général – du système de santé et identification des trois enjeux prioritaires communs, basés sur ce que vous croyez le plus important pour tout le Nouveau-Brunswick.
14 h 00 – 14 h 15	PAUSE
14 h 15 – 14 h 45	ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE : Enjeux prioritaires
Heure	BLOC 5 : FORCES ET POSSIBILITÉS
14 h 45 – 15 h 25	ATELIERS (discussion par deux et partage en groupe) : Identification des forces et des possibilités sur lesquelles nous pouvons bâtir pour créer le système de santé que vous voulez dans le futur
15 h 25 – 15 h 40	ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE : Forces et possibilités sur lesquelles bâtir
Heure	BLOC 6 : CONCLUSIONS
15 h 40 – 16 h 00	Mot de la fin <i>Modérateur : Stéphane Robichaud, directeur général, CSNB</i>

Phase II : Solutions

Moncton, le samedi 24 avril 2010 – Crowne Plaza

Bathurst, le samedi 1^{er} mai 2010 – Danny's Inn

Edmundston, le samedi 15 mai 2010 – Centre des congrès (Château Edmundston)

Saint John, le samedi 29 mai 2010 – UNBSJ Grand Hall

Heure	INSCRIPTION
8 h 30 – 9 h 30	Inscription des participants
Heure	BLOC 1 : OUVERTURE
9 h 30 – 9 h 55	Ouverture et mot de bienvenue Réponses fournies au moyen du clavier numérique (démographie) <i>Modérateur : Stéphane Robichaud, directeur général, CSNB</i>
Heure	BLOC 2 : IMAGE-INER ET BRISE-GLACE
9 h 55 – 10 h 15	En groupe (présentation des participants et des animateurs) : « Image-iner » un système de santé axé sur le citoyen (exercice avec des images)
Heure	BLOC 3 : RAPPORT SUR LA PHASE I ET VALIDATION
10 h 15 – 10 h 55	Ce que VOUS avez valorisé le plus dans un système de santé « idéal » Enjeux prioritaires et forces clés du système de santé du Nouveau-Brunswick Faits saillants des constatations clés et des réponses fournies au moyen du clavier numérique ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE : Commentaires sur la validation de la phase I
Heure	BLOC 4 : Comment le SYSTÈME DE SANTÉ peut-il aider les citoyens et leur famille à être en meilleure santé? PARTIE 1
10 h 55 – 11 h 35	ATELIER (réflexion personnelle et partage) : Comment le SYSTÈME DE SANTÉ peut-il aider les citoyens et leur famille à être en meilleure santé? <ul style="list-style-type: none"> Q1 : OÙ et de QUI aimeriez-vous recevoir les soins de santé dont vous avez besoin pour que vous et votre famille demeuriez en santé?
11 h 35 – 12 h 00	ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE : Comment le SYSTÈME DE SANTÉ peut-il aider les citoyens et leur famille à être en meilleure santé? <ul style="list-style-type: none"> Q1 : OÙ et de QUI aimeriez-vous recevoir les soins de santé dont vous avez besoin pour que vous et votre famille demeuriez en santé?
12 h 00 – 12 h 45	REPAS DU MIDI

Phase II (suite)

BLOC 4 : Comment le SYSTÈME DE SANTÉ peut-il aider les citoyens et leur famille à être en meilleure santé? PARTIE 2	
Heure	
12 h 45 – 12 h 55	<ul style="list-style-type: none"> Déroulement de la phase III : explication Image-iner : Caractéristiques d'un système de santé axé sur le citoyen
12 h 55 – 13 h 35	<p>ATELIER (réflexion personnelle et partage) :</p> <p>Comment le SYSTÈME DE SANTÉ peut-il aider les citoyens et leur famille à être en meilleure santé?</p> <ul style="list-style-type: none"> Q2 : Qu'aimeriez-vous que le système de santé fasse DE PLUS et EN MOINS?
13 h 35 – 14 h 00	<p>ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE : Comment le SYSTÈME DE SANTÉ peut-il aider les citoyens et leur famille à être en meilleure santé?</p> <ul style="list-style-type: none"> Q2 : Qu'aimeriez-vous que le système de santé fasse DE PLUS et EN MOINS?
14 h 00 – 14 h 15	PAUSE
BLOC 5 : Que peuvent faire les CITOYENS pour s'aider, ainsi que leur famille, à être en meilleure santé?	
Heure	
14 h 15 – 15 h 00	<p>ATELIER (réflexion, partage et exercice d'établissement des priorités avec des feuillets autocollants) :</p> <p>Que peuvent faire les CITOYENS pour s'aider eux-mêmes, ainsi que leur famille, à être en meilleure santé?</p> <ul style="list-style-type: none"> PARTIE 1 : Quels choix et quelles habitudes de santé considérez-vous être du ressort personnel de la plupart des personnes? PARTIE 2 : Quelles sortes d'incitatifs ou d'appuis pourraient encourager les Néo-Brunswickois à adopter de meilleurs choix et habitudes de vie sains?
15 h 00 – 15 h 30	<p>ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE : Que peuvent faire les CITOYENS pour s'aider eux-mêmes ainsi que leur famille à être en meilleure santé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Quels choix et habitudes de santé considérez-vous être du ressort personnel de la plupart des personnes? Quelles sortes d'incitatifs ou d'appuis pourraient encourager les Néo-Brunswickois à adopter des choix et habitudes de vie plus sains?
BLOC 6 : CONCLUSION	
Heure	
15 h 30 – 15 h 45	<p>Mot de la fin</p> <p>Modérateur : Stéphane Robichaud, directeur général, CSNB</p>

Phase III : Terrain d'entente

Fredericton, le samedi 12 juin 2010 – Delta Hotel

Heure	INSCRIPTION
8 h 30 – 9 h 30	Inscription des participants
Heure	BLOC 1 : OUVERTURE
9 h 30 – 9 h 55	Ouverture et mot de bienvenue <i>Modérateur : Stéphane Robichaud, directeur général, Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick</i>
9 h 55 – 10 h 15	En groupe : Ce que vous avez appris et ce que vous avez entendus aux phases I et II
Heure	BLOC 2 : RAPPORT SUR LA PHASE II ET VALIDATION
10 h 15 – 10 h 45	OÙ et par QUI les soins de santé, de soutien et les services devraient-ils être livrés Ce que le système de santé doit faire DE PLUS et EN MOINS <ul style="list-style-type: none"> Faits saillants des constatations clés et des votes par clavier numérique ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE : Commentaires sur la validation de la phase II
Heure	BLOC 3 : FAIRE DES CHOIX DIFFICILES
10 h 45 – 11 h 00	Que veut-on dire par « choix difficiles »? <i>Modérateur : Stéphane Robichaud, directeur général, CSNB</i>
11 h 00 – 11 h 45	ATELIER (réflexion personnelle, faire un choix et partager) : Soins primaires – Si vous étiez ministre de la Santé pour une journée, quel point choisiriez vous en tête de liste afin d'assurer que le système de santé : <ul style="list-style-type: none"> Rencontre les besoins et attentes des Néo-Brunswickois; et Soit viable à long terme
11 h 45 – 12 h 15	ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE : Soins primaires <ul style="list-style-type: none"> Vote par clavier numérique Commentaires en plénière
12 h 15 – 13 h 00	REPAS DU MIDI
13 h 00 – 13 h 45	ATELIER (réflexion personnelle, faire un choix et partager) : Soins aigus et de soutien – Si vous étiez ministre de la Santé pour une journée, quel point choisiriez vous en tête de liste afin d'assurer que le système de santé : <ul style="list-style-type: none"> Rencontre les besoins et attentes des Néo-Brunswickois; et Soit viable à long terme

Phase III (suite)

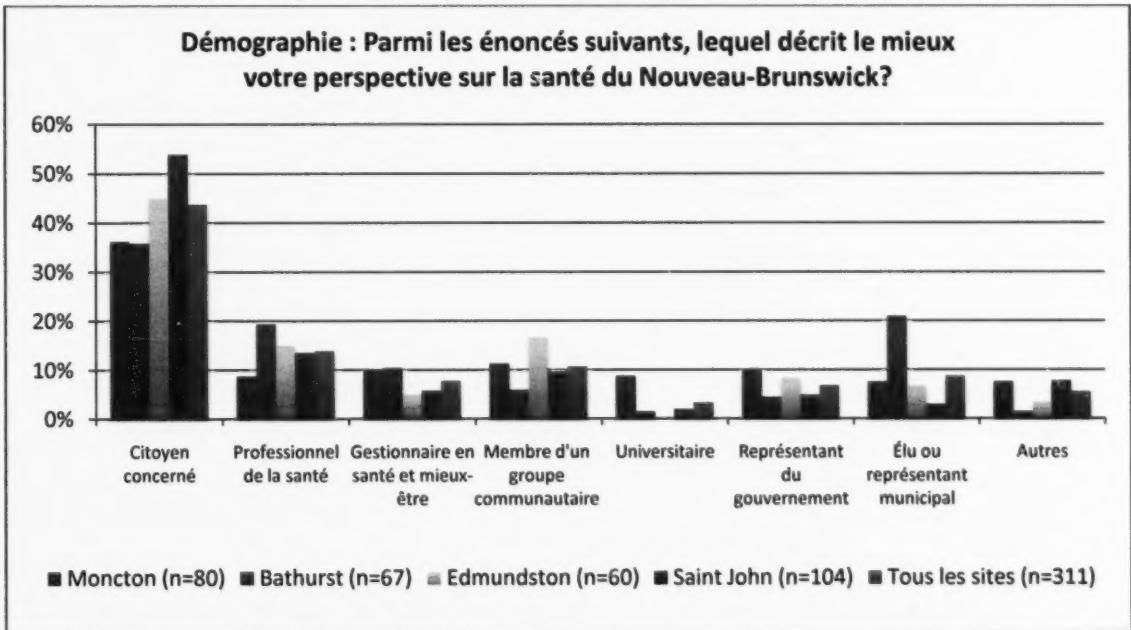
13 h 45 – 14 h 10	ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE : Soins aigus et de soutien <ul style="list-style-type: none">• Vote par clavier numérique• Commentaires en plénière
14 h 10 – 14 h 30	PAUSE et « Vote par point » au mur Vote par point : Maintenant que vous avez exploré les soins primaires et les soins aigus et de soutien séparément, quel choix feriez-vous s'il vous était demandé de choisir entre les deux?
14 h 30 – 14 h 40	ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE : Résultats relatifs aux « vote par point »
Heure	BLOC 4 : ENGAGEMENT DU CITOYEN
14 h 40 – 15 h 30	ATELIER (World Café) : <ul style="list-style-type: none">• Selon vous, par rapport à la santé et aux soins de santé au Nouveau-Brunswick, quelles QUESTIONS ou DÉCISIONS devraient être soumises à un processus d'engagement du citoyen?• COMMENT participeriez-vous à l'engagement et QUI VOUS INVITERAIT À LE FAIRE?
15 h 30 – 15 h 50	ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE : <ul style="list-style-type: none">• Selon vous, par rapport à la santé et aux soins de santé au Nouveau-Brunswick, quelles QUESTIONS ou DÉCISIONS devraient être soumises à un processus d'engagement du citoyen?• COMMENT participeriez-vous à l'engagement et QUI VOUS INVITERAIT À LE FAIRE?
Heure	BLOC 5 : CONCLUSION
15 h 50 – 16 h 00	Mot de la fin <i>Modérateur : Stéphane Robichaud, directeur général, CSNB</i>

ANNEXE C : LE PROFIL DES PARTICIPANTS

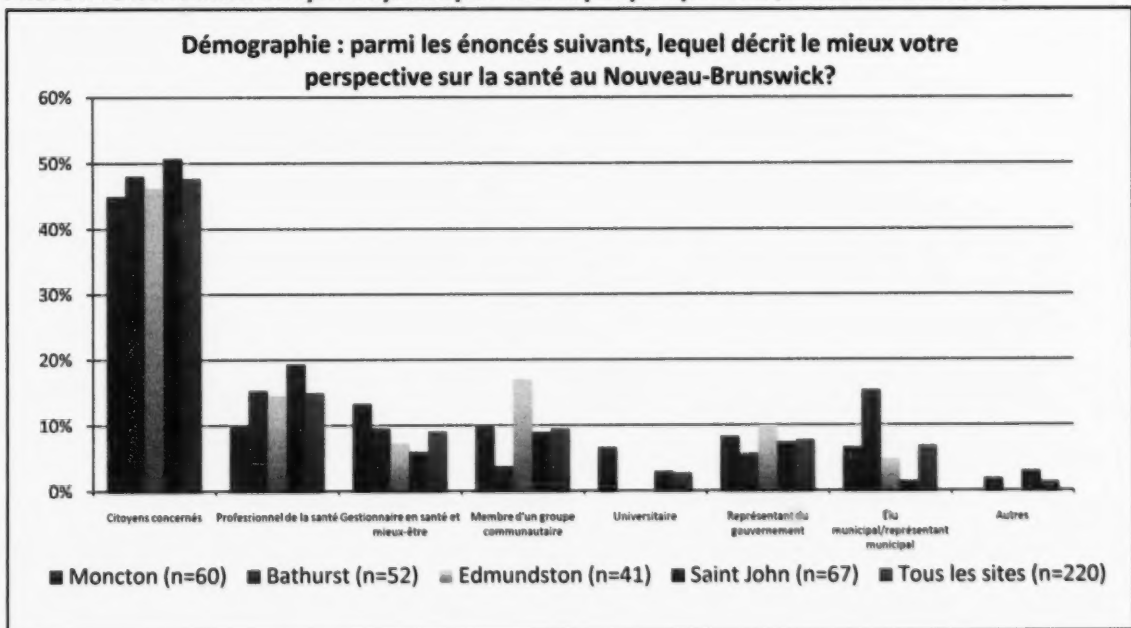


Perspective

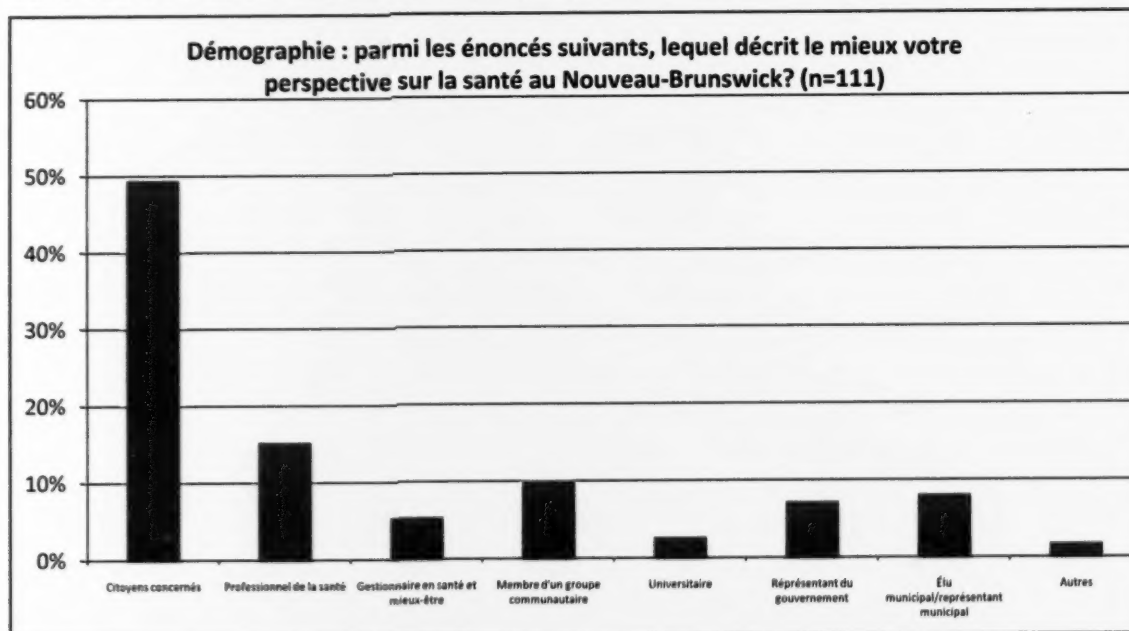
Phase I : Distribution des participants par ville et par perspective (auto-identification)



Phase II : Distribution des participants par ville et par perspective (auto-identification)

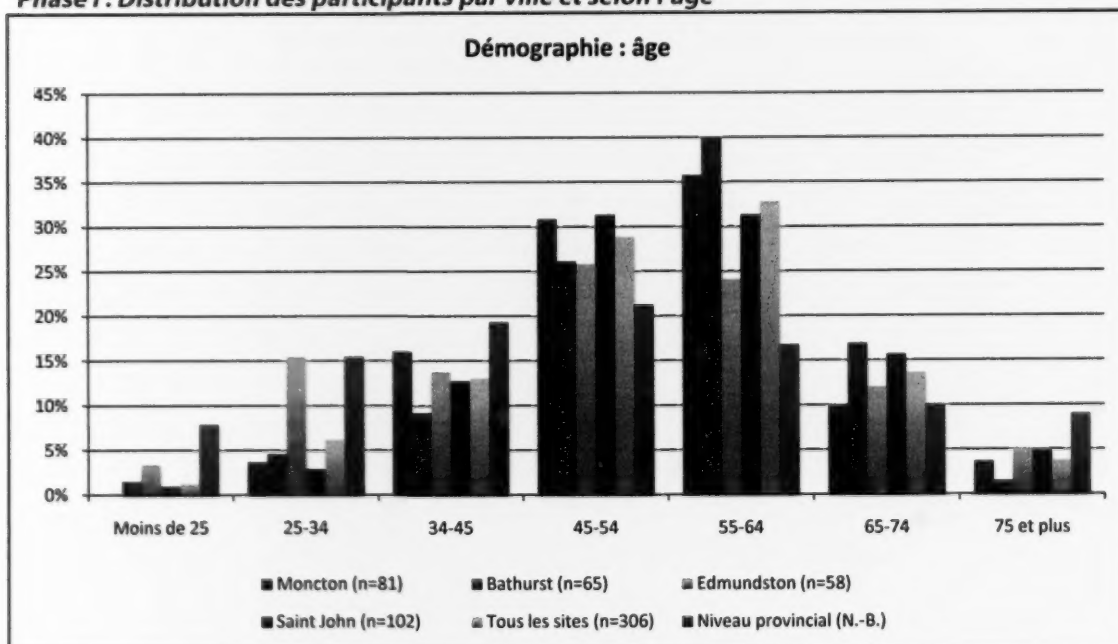


Phase III : Distribution des participants par perspective (auto-identification)

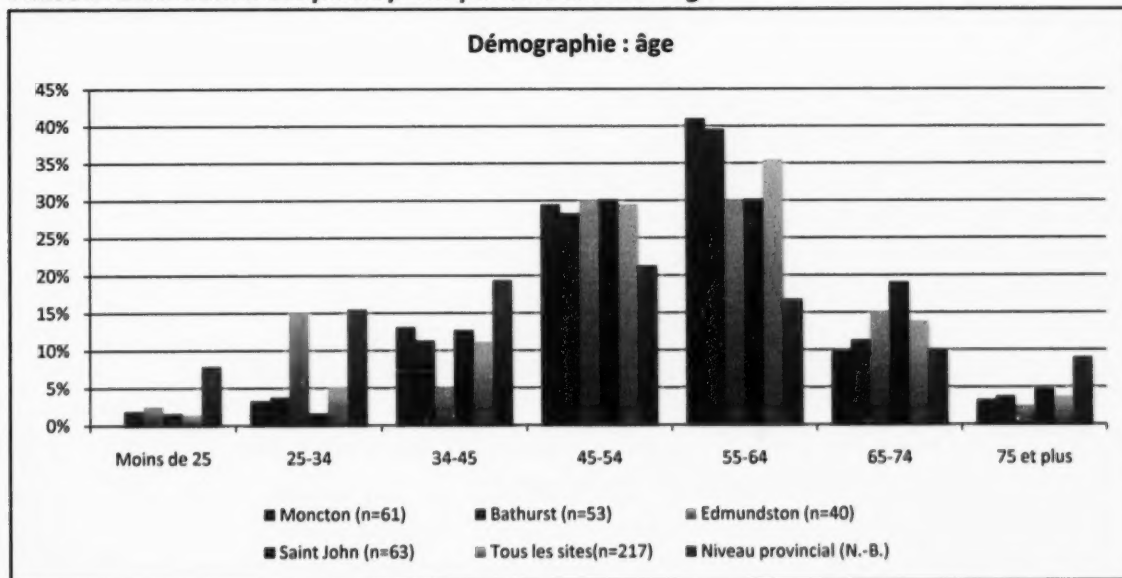


Âge

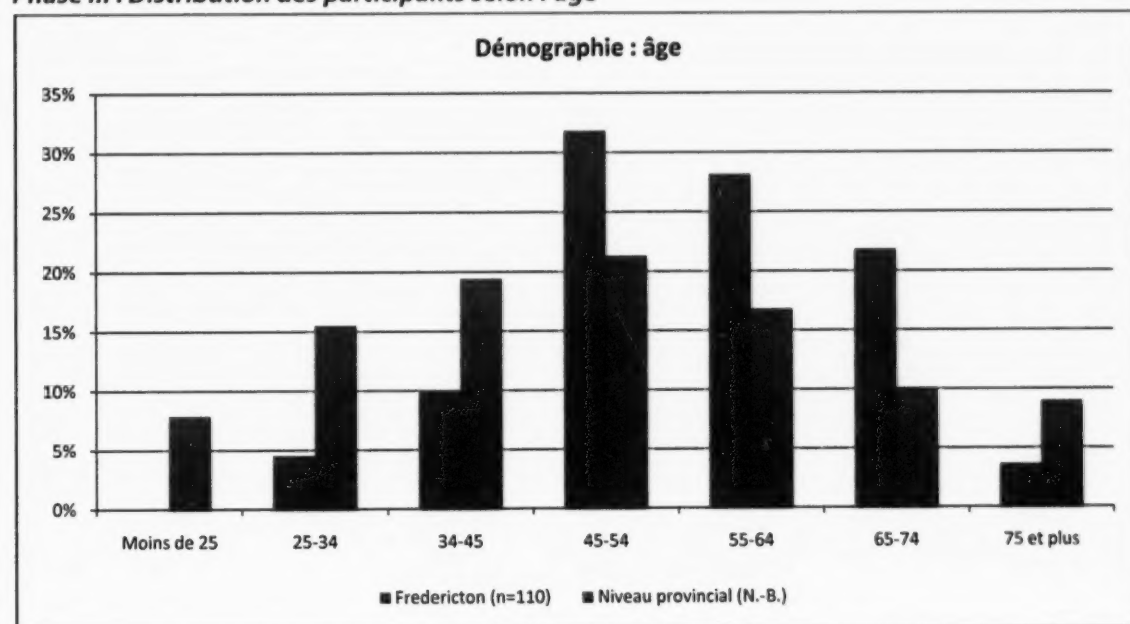
Phase I : Distribution des participants par ville et selon l'âge



Phase II : Distribution des participants par ville et selon l'âge

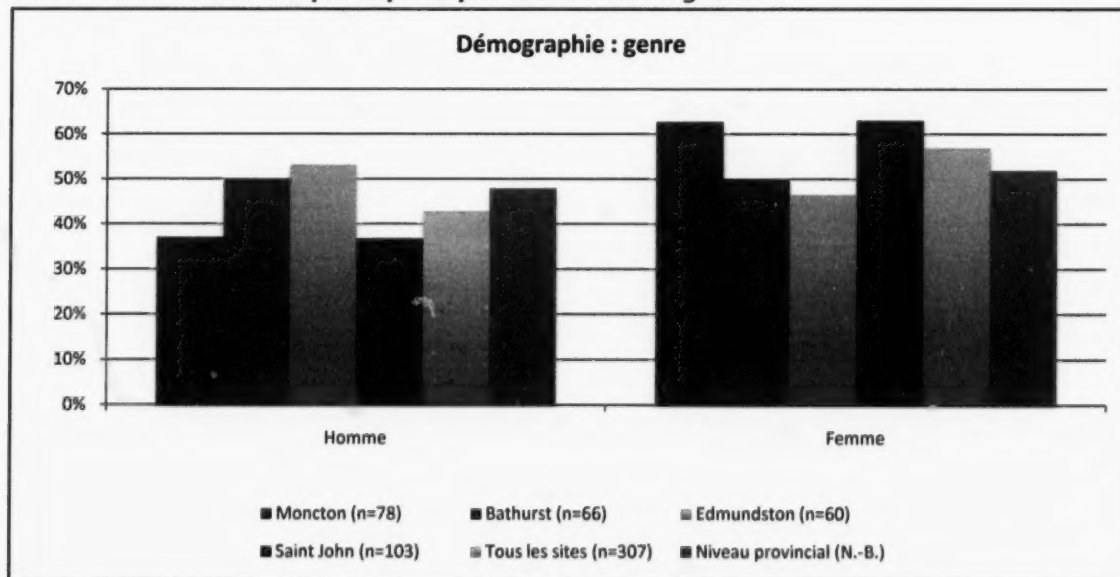


Phase III : Distribution des participants selon l'âge

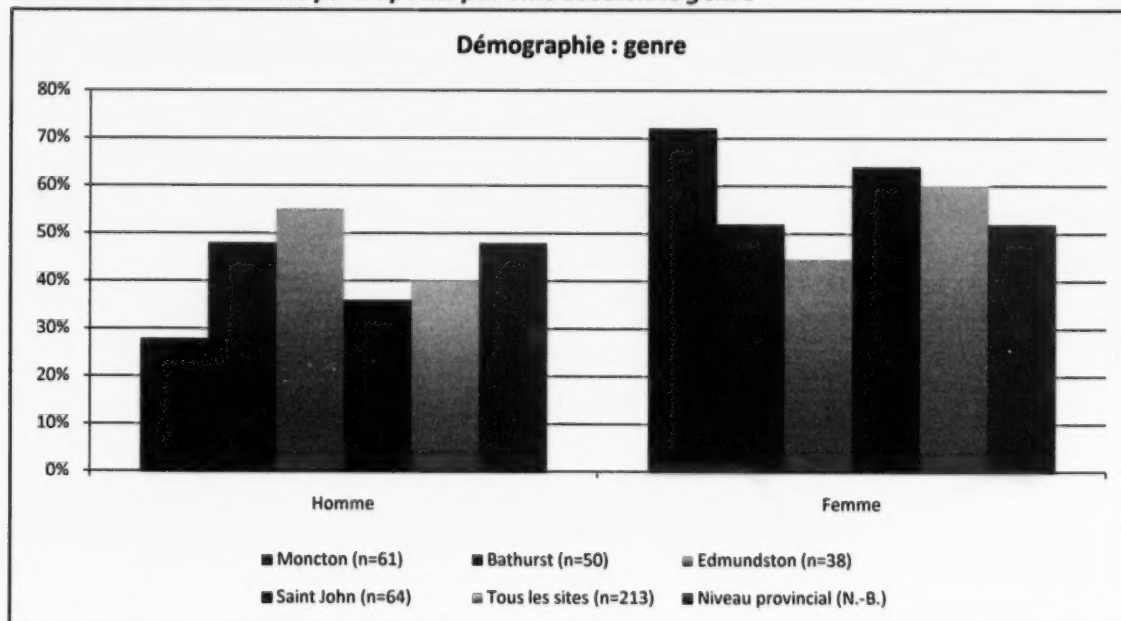


Genre

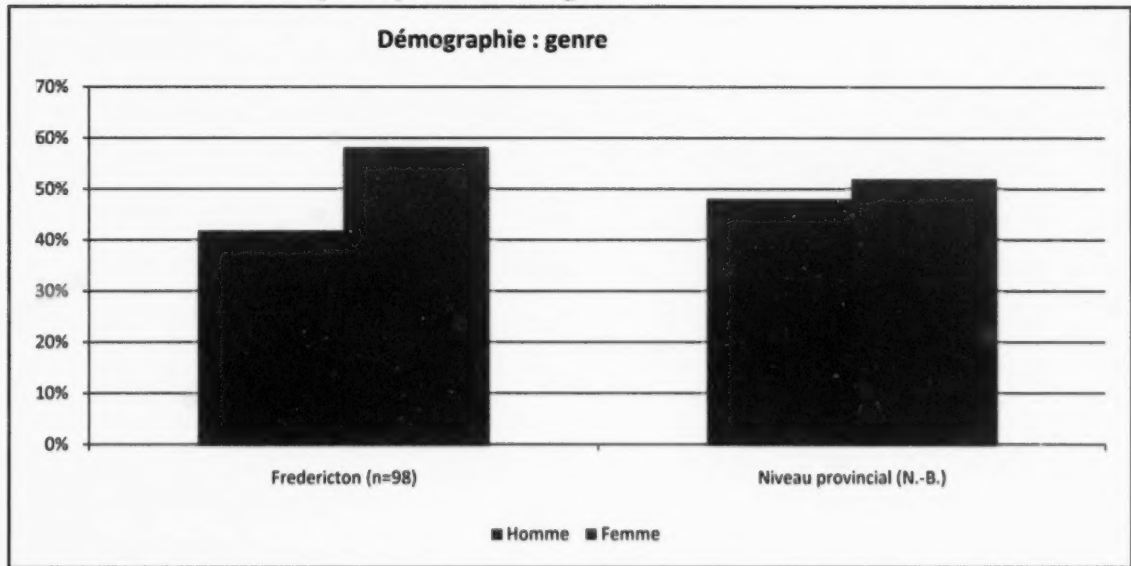
Phase I : Distribution des participants par ville et selon le genre



Phase II : Distribution des participants par ville et selon le genre

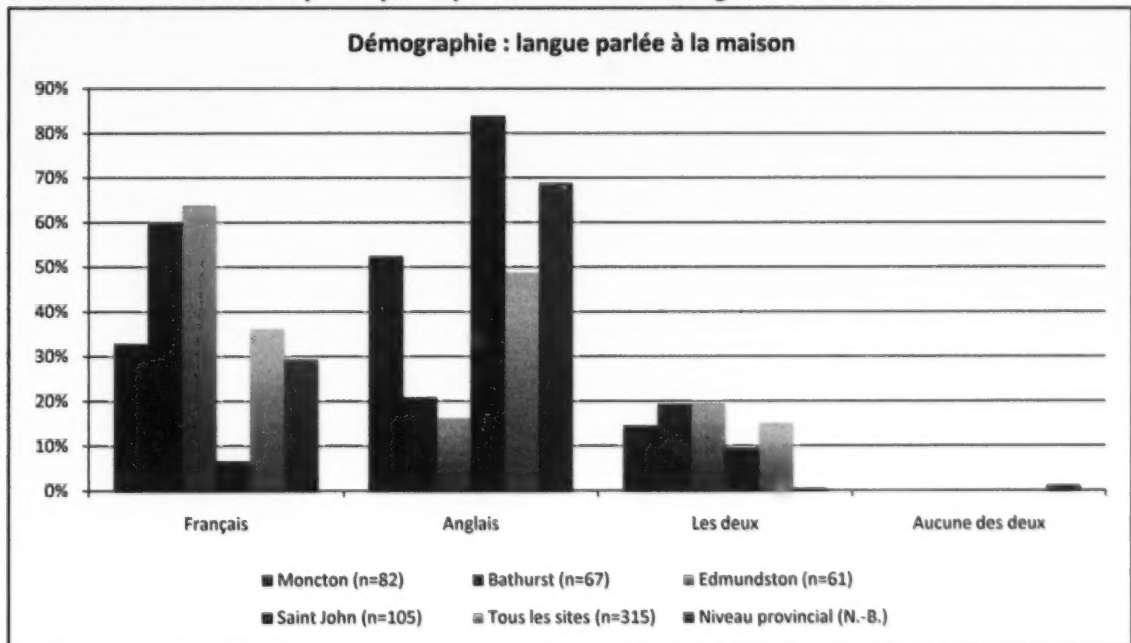


Phase III : Distribution des participants selon le genre

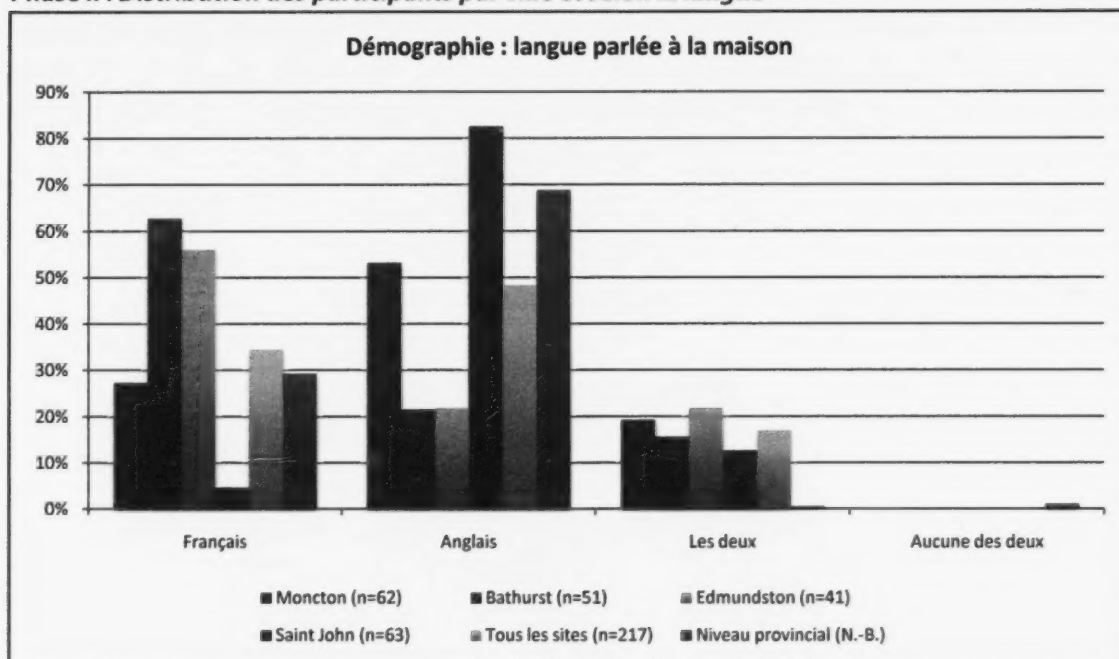


Langue

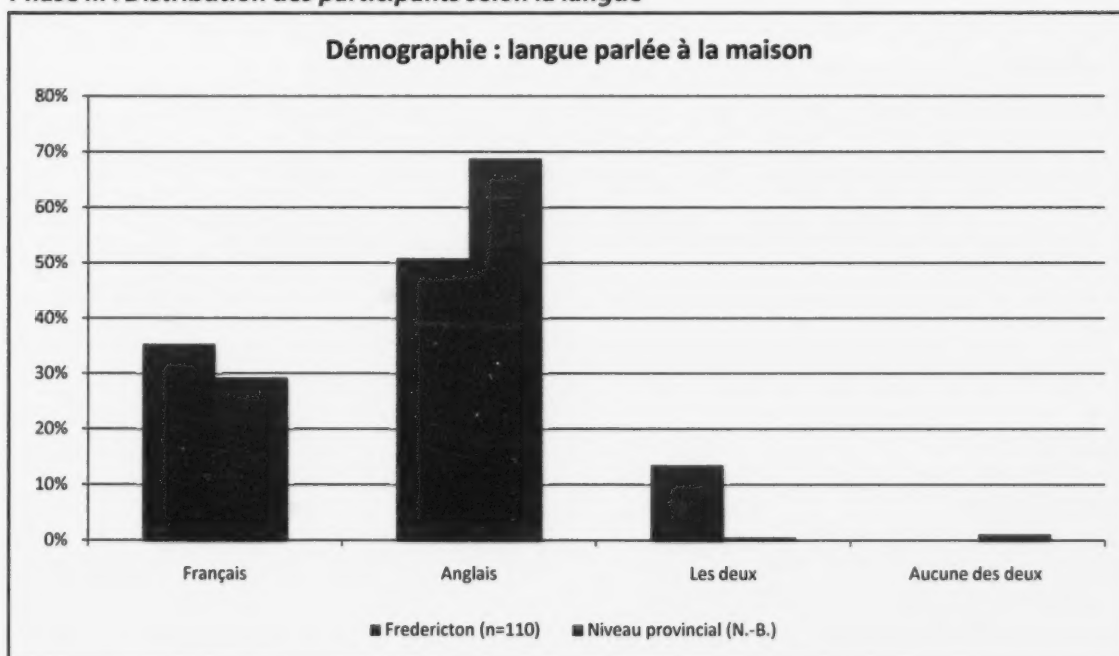
Phase I : Distribution des participants par ville et selon la langue



Phase II : Distribution des participants par ville et selon la langue

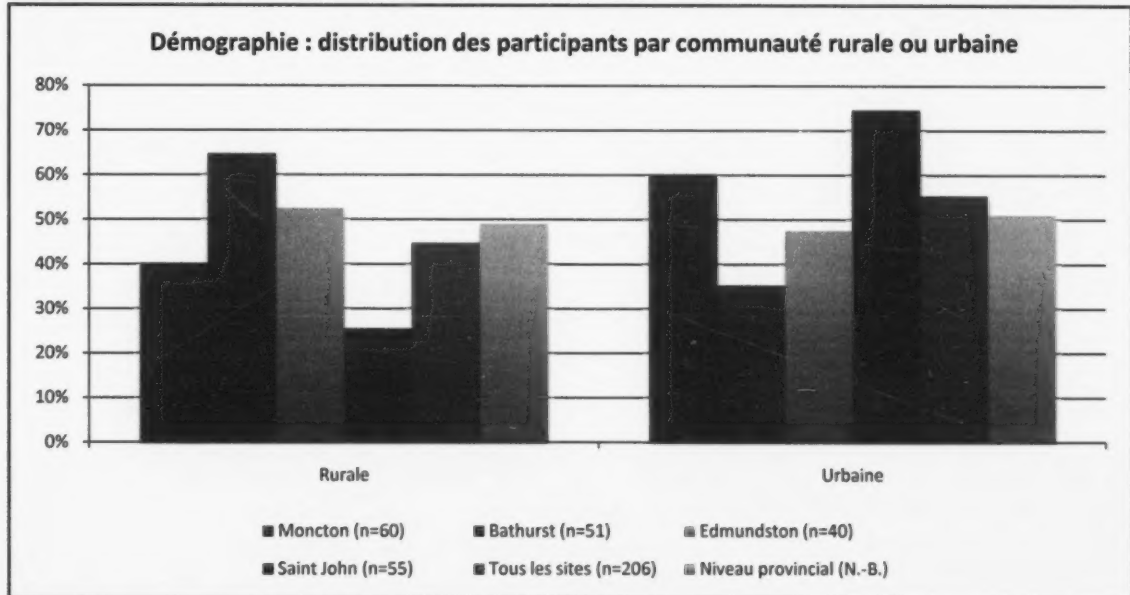


Phase III : Distribution des participants selon la langue

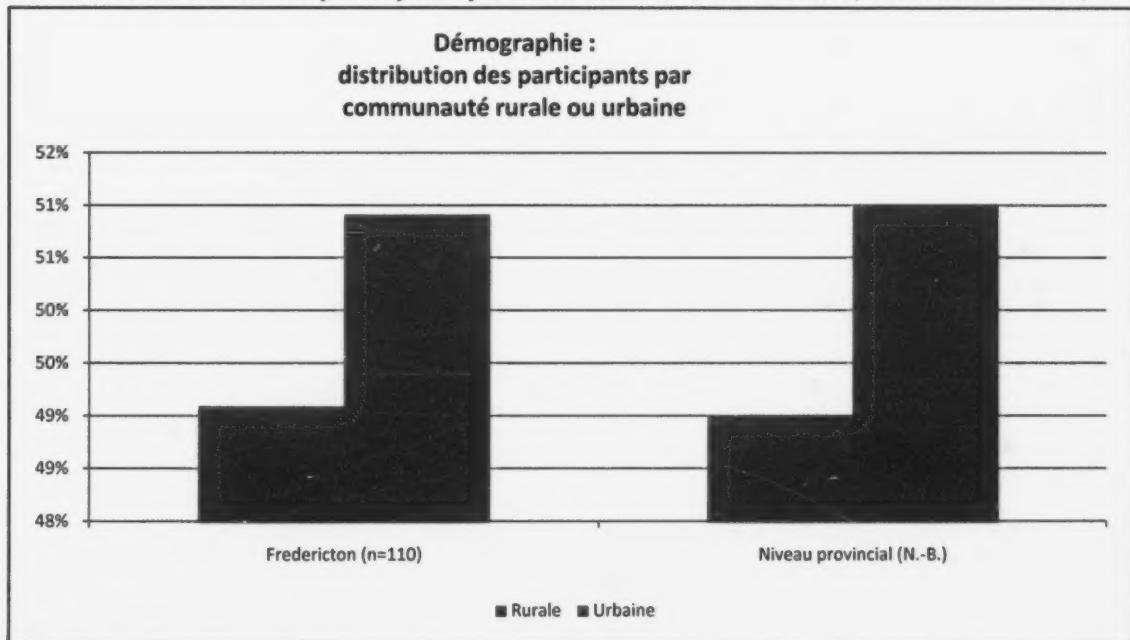


Répartition rurale/urbaine (phases II et III seulement)

Phase II : Distribution des participants par communauté rurale/urbaine (auto-identification)



Phase III : Distribution des participants par communauté rurale/urbaine (auto-identification)





ANNEXE D:

LES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ SELON LE CSNB

Dimensions de la qualité		Définition
Accessibilité	Prodiguer des soins en un temps opportun	La capacité des patients/clients d'obtenir des soins ou des services au bon endroit, au bon moment, selon leurs besoins respectifs et <i>dans la langue officielle de leur choix</i> .
Justesse	Offrir des services pertinents et fondés	Les soins ou les services fournis sont pertinents aux besoins du patient/client et sont basés sur des normes établies.
Efficacité	Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles	Les soins ou les services, les interventions ou les actions mènent aux résultats souhaités.
Rendement	Utiliser les ressources le plus adéquatement possible	Atteindre les résultats voulus en utilisant les ressources de façon rentable.
Équité	Viser l'équité des soins et des services pour tous	Offrir des soins de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances, telles que la race, la couleur, la croyance, l'origine nationale, la langue, l'âge, l'incapacité mentale, l'état matrimonial, la situation familiale, l'orientation sexuelle, le sexe, la condition sociale ou les convictions ou les activités politiques.
Sécurité	Assurer la sécurité des gens	Les risques éventuels d'une intervention ou l'environnement est évité ou minimisé.



ANNEXE E:

FEUILLE DE TRAVAIL DU PARTICIPANT – SOINS PRIMAIRES

Prière d'encercler les deux (2) sujets auxquels vous donneriez la priorité afin de faire en sorte que le système de santé du Nouveau-Brunswick réponde aux besoins des citoyens et soit viable à long terme :

1.	FAIRE DES CENTRE COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ ET DES CLINIQUES LA PIÈCE MAÎTRESSE DES SOINS PRIMAIRES : afin de réduire le fardeau des hôpitaux et de faciliter l'accessibilité, surtout dans les régions rurales; transférer le plus de services et de programmes de soins primaires vers les Centres communautaires de santé et/ou les cliniques (par ex. sans rendez-vous, après les heures, pour des besoins spécifiques comme la gestion des maladies chroniques ou la santé des femmes/des mères).	
2.	FAIRE UN USAGE MAXIMAL (ET INNOVATEUR) DES INFRASTRUCTURES DISPONIBLES AFIN D'OFFRIR DES SERVICES DE SOINS PRIMAIRES SUR PLACE/(PLUS) PRÈS DE LA MAISON : loger les Centres communautaires de santé dans des écoles; offrir des programmes de prévention/promotion dans les écoles et au travail; faire un plus grand usage des pharmaciens communautaires et des pharmacies.	
3.	PROMOUVOIR ET APPUYER UNE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE : afin de réduire les dédoublements d'efforts et d'assurer un meilleur continuum de soins; investir dans des équipes multidisciplinaires bien intégrées qui idéalement cohabiteraient et auraient accès aux outils requis pour travailler ensemble (par ex. <i>Un patient, un dossier</i> , dossiers médicaux électroniques; s'assurer que les règles de confidentialité n'interviennent pas dans la prestation en temps opportun de services aux patients).	
4.	CONCEVOIR DES PROMOTIONS AXÉES SUR LA SANTÉ/DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DES MALADIES : promouvoir le mieux-être et les saines habitudes de vie (par ex. bonne alimentation, exercice, santé mentale, pratiques sexuelles sans risques, diminution de la toxicomanie et de l'alcoolisme); investir dans une éducation, une évaluation et une intervention précoce auprès des enfants et des adolescents; créer des stratégies de promotion de la santé au travail (par ex. crédit d'impôt aux employeurs qui proposent des programmes viables de mieux-être au travail).	
5.	OPTIMISER LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ : s'assurer que les médecins se concentrent sur le diagnostic et le traitement des maladies; accroître le rôle des infirmières/infirmières praticiennes pour diminuer la pression sur les médecins et leur permettre de passer plus de temps avec leurs patients; mieux intégrer les autres professionnels de la santé (par ex. diététistes, ambulanciers paramédicaux) dans les équipes multidisciplinaires de santé.	

6.	INTÉGRER DES PRATICIENS DE MÉDECINE DOUCE OU HOLISTIQUE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ : chiropraticiens, naturopathes, massothérapeutes, etc.	
7.	INCITER LES GENS À PRENDRE UNE PLUS GRANDE RESPONSABILITÉ À L'ÉGARD DE LEUR PROPRE SANTÉ, À ADOPTER DES HABITUDES DE VIE PLUS SAINES : créer des éléments dissuasifs (taxes, règlements) liés à des habitudes de vie nuisibles pour la santé (malbouffe, tabagisme); fournir des « bulletins de santé » annuels; donner plus de renseignements sur les coûts réels des soins de santé.	
8.	CRÉER DES COMMUNAUTÉS SÉCURITAIRES, QUI COOPÈRENT ET SONT SOUCIEUSES DE LEUR SANTÉ : plus de projets communautaires sur le mieux-être, comme des programmes et des ressources visant à encourager la population à être plus active (espaces verts, pistes cyclables); s'attaquer aux questions sur les environnements dommageables (par ex. l'utilisation de pesticides et autres produits chimiques dommageables); réfléchir aux besoins en santé uniques de ceux qui font face à des défis uniques (par ex. les sans-abri, ceux qui souffrent de maladie mentale ou de toxicomanie).	
9.	CONTENIR LES COÛTS CROISSANTS DES MÉDICAMENTS : Encourager les médecins à être plus judicieux dans la prescription de médicaments (et la demande de tests) qui coûtent cher au système et aux patients. S'assurer que le coût ne devienne pas un obstacle à l'accessibilité aux médicaments lorsqu'ils s'avèrent nécessaires (par ex. une assurance médicaments catastrophique). Limiter l'influence des compagnies pharmaceutiques sur les médecins et les ordonnances. Encourager un plus grand usage des médicaments génériques. De plus, rechercher des alternatives aux thérapies à base de médicaments s'il existe d'autres choix et financer les interventions préventives (par ex. produits d'aide à l'abandon du tabagisme).	

FEUILLE DE TRAVAIL DU PARTICIPANT – SOINS AIGUS/DE SOUTIEN

Prière d'encrer les deux (2) sujets auxquels vous donneriez la priorité afin de faire en sorte que le système de santé du Nouveau-Brunswick réponde aux besoins des citoyens et soit viable à long terme :

1.	MINIMISER « L'ÉLOIGNEMENT DES SOINS » : s'assurer que la distance qu'une personne doit franchir pour avoir accès à des soins d'urgence et aigus/spécialisés soit raisonnable; répartir les hôpitaux/cliniques/centres communautaires de santé de façon équitable dans la province.
2.	FACILITER L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS SPÉCIALISÉS : multiplier les façons d'avoir accès à des soins spécialisés (au-delà de l'exigence d'être référé par un médecin de famille); miser sur les technologies de l'information pour faciliter les communications avec les fournisseurs de soins de santé (par ex. vidéoconférence et Télésanté); réduire les inefficacités dans la prestation de services spécialisés (par ex. réduire le temps durant lequel les équipements d'analyses ne sont pas utilisés, en raison d'un manque de personnel; réduire les tâches cléricales exigées des infirmières).
3.	RENFORCER L'AIDE AUX SOINS À DOMICILE : fournir plus de renseignements, de formation et d'aide financière aux aidants naturels; renforcer le Programme extramural, les Télé-Soins et les autres programmes de soins à domicile afin de favoriser une plus grande prestation de soins à domicile, notamment pour les personnes qui souffrent de maladies chroniques, les personnes âgées et dans les cas de soins palliatifs.
4.	INTÉGRER COMPLÈTEMENT LES SYSTÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE : renforcer les soins, les services et les aides en santé mentale et en faire une partie intégrante du système de santé; s'assurer que les services en santé mentale répondent aux besoins des populations vulnérables, comme celle des sans-abri, en plus de traiter des questions de toxicomanie.
5.	FACILITER LA NAVIGATION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ : fournir une aide (par ex. des « navigateurs du système », des défenseurs des patients, des bénévoles, des travailleurs, des équipes d'entraide) et des ressources (par ex. des « cartes de soins ») pour aider les patients et leurs familles à comprendre quels services sont disponibles et comment y avoir le mieux accès; faire un plus grand usage des dossiers médicaux électroniques et du concept <i>Un patient, Un dossier</i> .

6.	PRÉPARER DES STRATÉGIES OU DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES : créer des cliniques ou des programmes qui ciblent une maladie ou un état spécifique et offrir, par exemple, des soins préventifs, des renseignements sur la gestion des maladies chroniques, ainsi que l'éventail requis de services et d'aides spécialisés.	
7.	AUGMENTER NOTRE CAPACITÉ À SOIGNER LA POPULATION VIEILLISSANTE DE LA PROVINCE : offrir plus de lits dans des foyers de soins afin de libérer des lits dans les hôpitaux; s'assurer que ces foyers offrent un environnement sécuritaire et une bonne qualité de vie à ses résidants; proposer plus de programmes communautaires de mieux-être destinés aux personnes âgées.	
8.	RENFORCER LES SERVICES DE SANTÉ OBSTÉTRIQUE/MATERNELLE/FÉMININE : offrir un accès remboursable par le régime d'assurance-maladie aux services de sages-femmes et aux programmes visant la santé de la mère; et proposer des programmes de mieux-être taillés sur mesure aux besoins des femmes (par ex. aide et renseignements sur la ménopause). Bien que cela ne soit pas mentionné aussi souvent, l'accès à l'avortement a été soulevé en ce qui a trait aux services de santé des femmes.	
9.	RESPECTER LES DÉSIRS DES PATIENTS : qu'il s'agisse de soins palliatifs ou du choix des traitements (y compris le refus de soins), s'assurer que les patients disposent de suffisamment de renseignements pour prendre des décisions éclairées et qu'elles soient respectées.	



ANNEXE F:

SOMMAIRE DES ÉVALUATIONS

Phase I: Sommaire provincial des évaluations
Moncton, Bathurst, Edmundston, Saint John

Format du dialogue	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Les animateurs étaient efficaces.	77,7 %	21,3 %	0,7 %	0,3 %	0.0 %
Les présentations du CSNB étaient éducatives et ont été utiles.	66,9 %	30,5 %	2,6 %	0.0 %	0.0 %
Il y avait une bonne variété de participants à ma table.	70,0 %	25,7 %	4,3 %	0.0 %	0.0 %
Le vote par clavier numérique offrait une bonne idée des perspectives des participants.	83,5 %	16,2 %	0,3 %	0.0 %	0.0 %

Contenu du dialogue	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Le Guide de conversation du participant offrait des renseignements pertinents.	54,4 %	44,0 %	1,3 %	0,3 %	0.0 %
Le programme du dialogue ciblait les thèmes appropriés.	54,2 %	40,4 %	4,4 %	1,0 %	0.0 %
Il y a eu assez de temps pour avoir une discussion éclairée sur les forces/défis du système de soins de santé.	51,2 %	43,3 %	4,5 %	1,0 %	0.0 %
Le Guide de conversation du participant m'a permis d'offrir des opinions mieux informées dans le cadre de cette conversation. <i>Ne s'applique pas à la session de Moncton.</i>	51,2 %	41,6 %	6,2 %	1,0 %	0.0 %

Votre expérience	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Je suis reconnaissant de l'occasion qui m'a été donnée d'offrir mes perspectives et mes inquiétudes.	78,5 %	21,2 %	0,0	0,3 %	0.0 %
J'ai mieux compris les points de vue et les expériences des autres participants.	69,9 %	29,3 %	0,8 %	0.0 %	0.0 %
En participant à ce dialogue, j'ai beaucoup appris sur la santé au N.-B.	53,2 %	40,0 %	6,0 %	0,8 %	0.0 %

Allez-vous participer au prochain dialogue de la phase II?	Oui	Peut-être	Non
Participation à la phase II	93,0 %	4,5 %	2,5 %

Phase II : Sommaire provincial des évaluations
Moncton, Bathurst, Edmundston, Saint John

Format du dialogue	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Les animateurs de table étaient efficaces.	71,1 %	26,9 %	0,6 %	1,4 %	0.0 %
Il y avait une bonne variété de participants à ma table.	57,0 %	36,8 %	4,7 %	1,5 %	0.0 %
Je me suis senti à l'aise et libre de partager mes opinions.	73,2 %	25,3 %	1,5 %	0.0 %	0.0 %
Le vote par clavier numérique a permis de valider les éléments ressortis en phase I de façon efficace.	70,4 %	24,8 %	3,3 %	1,5 %	0.0 %

Information	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Le CSNB a bien communiqué l'objectif de ces sessions de dialogue et la façon dont seront utilisées les données recueillies.	49,5 %	47,2 %	3,3 %	0,0 %	0,0 %
Le guide de conversation du participant de la phase II a su répondre aux questions et aux préoccupations soulignées lors de la phase I.	52,6 %	44,0 %	2,8 %	0,6 %	0,0 %
La section intitulée « Ce que nous avons entendu » du Guide de conversation m'a donné une bonne idée des conclusions de séries de la phase I.	51,7 %	45,5 %	2,4 %	0,4 %	0,0 %

Votre expérience	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Je suis reconnaissant de l'approche choisie par le CSNB pour engager les citoyens dans un dialogue sur notre système de santé.	69,6 %	27,2 %	2,6 %	0,0 %	0,6 %
En participant à cette session, j'ai acquis une meilleure appréciation des défis et des compromis à considérer pour avoir un système de santé axé sur le citoyen.	55,5 %	39,3 %	4,7 %	0,0 %	0,5 %
En participant à cette session, j'ai acquis une meilleure appréciation de ce que peuvent faire les citoyens pour s'aider, ainsi que leur famille, à être en meilleure santé.	46,6 %	43,0 %	9,4 %	1,0 %	0,0 %
J'estime que les citoyens ont une contribution importante à apporter aux décisions en matière de santé et devraient être consultés à ce sujet.	72,0 %	28,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Phase III : Sommaire provincial des évaluations

Fredericton

Veuillez cocher le lieu de votre participation à la phase II :

Moncton : 26,8 %

Bathurst : 26,8 %

Edmundston : 14,0 %

Saint John : 32,4 %

Sous laquelle des catégories ci-dessous avez-vous été recruté comme représentant à la session d'aujourd'hui?

Citoyen : 54,0 %

Partie intéressée : 46,0 %

Parties intéressées par catégorie :

Membre du milieu académique : 3,6 %

Groupe communautaire : 19,6 %

Groupe de défense de l'intérêt public : 8,9 %

Professionnel de la santé : 32,1 %

Gestionnaire de la santé et du mieux-être : 5,5 %

Représentant du gouvernement : 14,3 %

Représentant municipal : 16,0 %

Appréciation de la phase III :

Format du dialogue	Complètement d'accord	En accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Il y avait une bonne variété de participants à ma table.	59,2 %	33,0 %	3,9 %	2,9 %	1,0 %
Le système de réponse par clavier numérique a permis de valider les éléments ressortis en phase II de façon efficace.	73,0 %	23,0 %	2,8 %	1,2 %	0,0 %
J'estime que ma participation a ajouté de la valeur au processus.	53,0 %	46,9 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %

Information	Complètement d'accord	En accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Le CSNB a bien communiqué l'objectif de ces sessions de dialogue et la façon dont seront utilisées les données recueillies.	55,8 %	44,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
La section intitulée « Ce que nous avons entendu » m'a donné une bonne idée des conclusions de séries de la phase II.	55,0 %	45,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
La partie « faire des choix difficiles » a mis en relief les avantages, les désavantages et les compromis à considérer dans l'implantation de certaines solutions.	41,9 %	55,2 %	2,9 %	0,0 %	0,0 %

Puisque le CSNB continuera d'engager les citoyens à propos des enjeux du domaine de la santé au Nouveau-Brunswick, il est souhaitable de mieux saisir le moment et le format qu'ils préfèrent. À cet égard, veuillez partager votre opinion dans les sections suivantes :

J'aimerais participer à :	Très intéressé	Intéressé	Plus ou moins intéressé	Pas intéressé
Un dialogue public et provincial ayant plusieurs phases, semblable à celui que nous venons de terminer	50,0 %	35,5 %	8,8 %	5,7 %
Un dialogue public d'une seule phase dans ma communauté ou ma région au sujet des enjeux qui affectent ma région	61,8 %	27,0 %	5,6 %	5,6 %
Un jury citoyen ou un groupe de réflexion au sujet de la santé	56,5 %	31,7 %	7,0 %	4,8 %
Une consultation en ligne	34,0 %	28,4 %	20,5 %	17,1 %
Un sondage ou un questionnaire à remplir en ligne	37,0 %	32,6 %	17,1 %	13,3 %
Un sondage ou un questionnaire version papier par la poste	36,0 %	32,5 %	20,9 %	10,6 %

J'aimerais participer à un processus d'engagement public quand :	Très intéressé	Intéressé	Plus ou moins intéressé	Pas intéressé
Les décideurs ont besoin de comprendre l' expérience vécue par les citoyens à propos des enjeux en matière de santé	54,4 %	33,3 %	5,7 %	6,6 %
Il y a une occasion pour un débat citoyen sur les options à considérer face aux enjeux en matière de santé	51,7 %	33,7 %	7,8 %	6,8 %
Les décideurs recherchent l'aide des citoyens pour faire des « choix difficiles » ou des « compromis » en matière de santé	51,1 %	34,4 %	7,9 %	6,6 %

Initiative d'engagement du citoyen – Commentaires dans l'ensemble

En plus des questions spécifiques posées dans les formulaires d'évaluation, un certain nombre de commentaires ont été fournis par les participants de la phase I et de la phase II dans l'ensemble des sites de dialogue. Voici un échantillon de ces commentaires :

- « Excellente journée... éducative... format et individus variés.... Merci! »
- « Beaucoup de temps a visiblement été consacré à la création d'une structure concise. »
(Traduit)
- « Beaucoup apprécié l'organisation et le respect de l'horaire. La diversité des personnes à la table était très intéressante. »
- « Meilleure représentation de certains groupes marginalisés serait bien. »
- « La formulation des questions était parfois imprécise. Elle pourrait avoir deux significations. »
(Traduit)
- « Les présentateurs étaient clairs et concis. » (Traduit)
- « Les options variées : remue-méninges, images, rétroaction immédiate avec les dispositifs pour voter, étaient très bien. » (Traduit)
- « Parfois, les sujets étaient redondants. Ce que nous avons identifié comme des problèmes se transformait en solutions; mais nous avons eu alors une discussion distincte sur les solutions. »
(Traduit)

- « Les questions posées étaient claires, ce qui a permis d'obtenir des réponses claires. » (Traduit)
- "La majorité des infos et des enjeux identifiés discutés datent d'au moins 20 ans. »
- « C'est avec un grand plaisir que j'ai participé à cette activité. J'ai beaucoup appris. Ce fut significatif pour moi de découvrir que mes points étaient les bienvenus. » (Traduit)
- « J'ai bien aimé, comme gestionnaire, d'avoir la possibilité de dialoguer avec les citoyens. »
- « Bref passage sur la santé mentale. Excellente séance dans l'ensemble. » (Traduit)
- « Pas beaucoup de temps pour explorer les questions en profondeur. Certaines ont donc été abordées de façon plutôt superficielle. » (Traduit)
- « Ces séances m'ont permis de mieux comprendre/apprécier les situations et les défis actuels liés aux services de santé au N.-B. » (Traduit)
- « Je suis un peu cynique, parce que j'ai participé aux consultations de la Commission Romanow (gouvernement fédéral, 2001) et j'ai trouvé qu'une grande partie de la discussion d'aujourd'hui réinvente la roue. Les citoyens ont certainement un rôle à jouer dans la communication de leur vision du système comme il existe maintenant et dans la formulation de leurs opinions sur ce qu'ils attendent dans l'avenir. Toutefois, nous n'avons pas les connaissances pour fournir des solutions spécifiques. » (Traduit)
- "J'espère que les éléments positifs seront retenus et appliqués. »
- « Ce portrait statistique me fut d'une grande utilité (indispensable même). »
- « Permet de réaliser qu'il y a une grande diversité d'attentes et de perception entre la population en général et les personnes qui connaissent le secteur de la santé. »
- « C'est à souhaiter que ces recommandations seront prises en considération. »

ANNEXE G



Listes des figures, des tableaux et des images

Liste des figures

Figure 1 :	Le mandat du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick	1
Figure 2 :	Initiative d'engagement du citoyen en trois phases	2
Figure 3 :	Les taux d'abandon des participants	6
Figure 4 :	Les règles de base du dialogue	10
Figure 5 :	La distribution des participants par perspectives (auto-identification)	13
Figure 6 :	La distribution des participants selon le groupe d'âge	14
Figure 7 :	La distribution des participants selon le genre	14
Figure 8 :	La distribution des participants selon la langue	15
Figure 9 :	La distribution des participants par communauté rurale/urbaine (auto-identification)	15
Figure 10 :	L'accès à un médecin de famille	17
Figure 11 :	Santé physique globale	18
Figure 12 :	Santé mentale globale	18
Figure 13 :	L'influence du système de soins de santé sur la santé globale selon les participants	19
Figure 14 :	Déterminants affectant la santé de la population	19
Figure 15 :	Le facteur ayant le plus d'impact sur la santé globale	20
Figure 16 :	Le facteur ayant le moins d'impact sur la santé globale	20
Figure 17 :	Ce qui coûte le plus cher au système de soins de santé	21
Figure 18 :	En avoir pour son argent en termes de services de santé au Nouveau-Brunswick	21
Figure 19 :	Répondre aux besoins et aux préférences des individus et des collectivités	22
Figure 20 :	Moncton – Ce que vous valorisez le plus dans un système de santé idéal	23
Figure 21 :	Bathurst – Ce que vous valorisez le plus dans un système de santé idéal	23
Figure 22 :	Edmundston – Ce que vous valorisez le plus dans un système de santé idéal	24
Figure 23 :	Saint John – Ce que vous valorisez le plus dans un système de santé idéal	24
Figure 24 :	La valeur la plus importante dans un système de santé « idéal »	29
Figure 25 :	Enjeu sur lequel le système de santé devrait se concentrer en premier	35
Figure 26 :	Les soins primaires - les domaines d'action prioritaires	59
Figure 27 :	Soins aigus/de soutien – les domaines d'action prioritaires	68
Figure 28 :	Les domaines d'action prioritaires dans tout le système	76

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Valeurs – l'accessibilité	25
Tableau 2 :	Valeurs – l'équité	26
Tableau 3 :	Valeurs – la promotion et la prévention	26

Tableau 4 :	Valeurs – la qualité	27
Tableau 5 :	Valeurs – axé sur le citoyen	27
Tableau 6 :	Enjeux – l’accessibilité	30
Tableau 7 :	Enjeux – les coûts/le financement	31
Tableau 8 :	Enjeux – la promotion et la prévention	32
Tableau 9 :	Enjeux – l’optimisation	33
Tableau 10 :	Enjeux – les changements systémiques	34
Tableau 11 :	Les forces – nos gens	36
Tableau 12 :	Les forces – l’assurance-maladie universelle	36
Tableau 13 :	Les forces – les services de première classe	36
Tableau 14 :	Les possibilités	37
Tableau 15 :	Faire de l’exercice régulièrement	52
Tableau 16 :	Avoir de bonnes habitudes alimentaires	53
Tableau 17 :	Prendre soin de soi-même, être responsable de sa santé	54
Tableau 18 :	Réduire l’utilisation et la consommation de substances nocives	55
Tableau 19 :	Devenir conscient de sa santé et être toujours informé	55
Tableau 20 :	Créer des collectivités sécuritaires et soucieuses de leur santé	55
Tableau 21 :	Dans les écoles – promotion et éducation sur les choix de modes de vie sains	56
Tableau 22 :	Autres	56
Tableau 23 :	Domaines possibles d’action	57

Liste des images

Image 1 :	Image choisie par 19 % des participants	39
Image 2 :	Image choisie par 16 % des participants	40
Image 3 :	Image choisie par 9 % des participants	40
Image 4 :	Image choisie par 9 % des participants	40
Image 5 :	Image choisie par 8 % des participants	41

